



**ШКОЛА
ЭМИЛЯ БАГИРОВА**

Л.И. Фусу

**КЛИНИКА И
ДИАГНОСТИКА
НАРКОМАНИИ
У БОЛЬНЫХ
ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Л
КЛИНИКА И ДИ
У БОЛЬНЫ

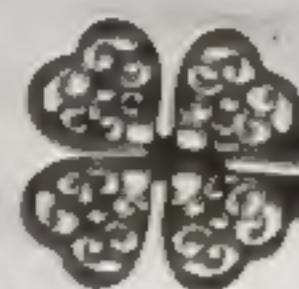
Печатается по ру

«Золот

Л.И. ФУСУ

**КЛИНИКА И ДИНАМИКА НАРКОМАНИЙ
У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Печатается по рукописному тексту 1993 г.



Москва

«Золотой теленок»

2003

Л. И. Фусу. Клиника и динамика наркоманий у
больных шизофренией. — М.: «Золотой теленок»,
2003. — 160 с.

ISBN 5-88257-042-5

ЛР № 066768 от 19.07.99 г.

ООО «Школа Эмиля Багирова»
107066, Москва, ул. Новорязанская, 17.
Тел.: 755-89-55, 467-92-39, 304-32-00
Internet: www.bagirov.da.ru
E-mail: Bagirov-2000@mtu-net.ru

© «Золотой теленок», оформление, 2003
© Л.И. Фусу, 2003

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I	13
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	13
1.1. Некоторые аспекты изучения личности потребления ПАВ и мотивации потребления	13
1.2. Психотические расстройства, связанные потреблением психоактивных веществ	20
1.3. Клиника и течение наркомании	30
у больных шизофренией	30
ГЛАВА II	33
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	33
СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ	41
ГЛАВА III	41
КАННАБИСНАЯ НАРКОМАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	41
ГЛАВА IV	82
ОПИЙНАЯ НАРКОМАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	82
ГЛАВА V	108
ЭФЕДРОНОВАЯ НАРКОМАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	108
ГЛАВА IV	143
ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	143
ВЫВОДЫ	153
SUMMARY	155
REZUMAT	156

Список сокращений

ПАВ — психоактивные вещества

ООД — общественно опасные действия

ВКБ — внутренняя картина болезни

ВВЕДЕНИЕ

Успехи психиатрии и наркологии позволили значительно расширить диапазон возможностей терапии различных форм наркоманий. Основной предпосылкой успешного лечения является точная диагностика и нозологическая квалификация. Наибольшие трудности диагностического порядка возникают при исследовании наркомании, развившейся на фоне различных психических отклонений. Особого внимания заслуживает проблема диагностики, прогнозирования течения и лечения сочетаний наркомании с шизофренией. Клиника и течение влечения к наркотикам, возникшего на фоне шизофрении, исследованы недостаточно (Р.И. Илешева, Н.Т. Измайлова, 1988, V.R. Thacore, S.P. Shukla, 1976, H. Szymansky, 1981, M. Ragheb, 1985).

Ряд вопросов, касающихся общих принципов выявления и лечения сочетанных форм заболевания остаются неразработанными. Между тем, наркотики потребляют около трети больных шизофренией (M.L. Richard, 1985). Противоречивы сведения о формах шизофрении, составляющих наиболее благоприятную почву для потребления психоактивных веществ. Не разработаны критерии

дифференциации шизофренических психозов от внешне сходных психотических нарушений при острой наркотической интоксикации. (А.И. Кондратчева, 1980, Н.Н. Бориневич, 1957, А.Г. Гофман с соавт., 1973, D.I. Spencer, 1970, L.P. Varma. 1972, U.N. Keeler, E. Moore, 1974, N. Hansell, 1975, V.R. Thacore, P. Shukla, 1970, D.A. W. Johnson, 1981, I.C. Negrete, 1986).

Считают, что при наслаивании наркотической интоксикации на шизофренический процесс происходит значительное усложнение клинической картины, а, следовательно, и врачебной тактики (Р. Г. Илешева, Н. Т. Измайлова, 1988). Однако соответствующих данных, касающихся отдельных вариантов шизофрении, в литературе последних лет нет. Наблюдаются ли при наркомании, развившейся на фоне шизофрении, особые формы психозов, остается неясным.

Взаимоотношения психических расстройств шизофренического спектра и последствий злоупотребления наркотиками также изучены недостаточно. Существование сколько-нибудь длительных психотических синдромов, связанных с потреблением наркотиков оспаривается рядом исследователей (С. Stefan et al., 1976), подчеркивается лишь трудность отграничения психотических расстройств от шизофренических. Решение проблемы в целом затрудняется отсутствием исследований по видоизменению течения наркомании под влиянием шизофренического процесса.

Психотические синдромы, связанные с приемом наркотиков, весьма полиморфны и определяются, главным образом, типом наркотика и характером реагирования организма (Р. Demker, 1969). Острые

интоксикационные психозы чаще возникают с приемом гашиша, LSD, амфетаминов, кокаина. Напротив, опиаты, бензодиазепины, барбитураты, как правило, не приводят к психотическим состояниям (И.Н. Пятницкая, 1975, В. Rounsaville, 1982). Наиболее часто приходится встречаться с психотическими формами опьянения и типичными интоксикационными психозами у употребляющих галлюциногены и стимуляторы. Здесь, наряду с психотическими формами интоксикации, длящимися до нескольких недель с последующей парциальной амнезией, наблюдаются сложные эндоформные аффективно-параноидные, онейроидные, галлюцинаторные синдромы, описаны кататонические, галлюцинаторно-бредовые и аффективные психозы, течение которых имеет относительно независимый от наркотизации характер (R. Lake, 1981, A. Disolafanui, 1981, M. L. Richard, 1992). Предполагается, что галлюциноген может провоцировать приступ на фоне латентно протекающей шизофрении (А. Г. Наку, 1991, В. Bron, 1962). Таким образом, структурно неоднородные сложные психозы осложняют вопрос клиники и течения наркомании, осложняющей течение основного психического заболевания. Актуальность изучения такого сочетания в первую очередь относится к шизофрении, где исследователи обнаруживают полярные точки зрения от категорического отрицания возможности комбинации шизофрении с потреблением опиатов до утверждений об отсутствии различий простого наркотического опьянения и интоксикации, осложнившей эндогенный процесс (А. Абаскулиев, 1989, М. Т. Измайлова, 1989). Е. В. Стрельчук (1975) полагает, что упо-

ребление наркотиков может вызвать психозы, неотличимые от шизофрении. По мнению автора, интоксикации могут поражать те же структуры мозга, что и при неосложненной шизофрении. Уточнение клиники подобных психозов имеет прогностическое значение и позволило бы разграничить внешне сходные экзогенные реакции с дебютом либо обострением шизофрении. Если учесть, что за последние годы возраст потребителей психоактивных веществ (ПАВ) помолодел (Б. С. Битенский с соавт., 1989, Н. А. Опря, 1990), а потребление ПАВ является провоцирующим моментом обострения эндогенного процесса (I. C. Negrete, 1986, А. Г. Наку, 1991), то становится ясной социальная значимость проблемы.

Наркоманический фасад исподволь развивающегося эндогенного процесса нередко приводит к недооценке поведения и состояния больного, а, следовательно, и к применению по отношению к нему мер немедицинского характера, что, безусловно усугубляет психическое состояние, приводит к совершению общественно опасных действий (ООД) (А. А. Наку, 1990). Немногочисленные публикации показывают актуальность данной проблемы, однако они касаются частных судебно-психиатрических вопросов (И. Хаджиева, 1981, L.A. Talbott, 1969, H. Shneider, 1976, A. Palsson, S.O. Thulin, 1982, T.N. Uhde, 1982).

Противоречивы данные различных авторов относительно значения длительности потребления ПАВ для возникновения наркотических или шизофренических психозов, отсутствуют диагностические критерии для их разграничения. Нет единого мнения относительно смягчающего или ослож-

няющего действия наркотической интоксикации на течение шизофрении (F. Kerim, 1930, Cornell, 1958, M. B. Bowers, D. X. Freedman, 1966, V. R. Thacore, 1973, N. Hansell, 1975, C. Stefanis, 1976, E. H. Ellinwood, R. Kilbey, 1980, I.C.Negrete, 1986).

Остаются неясными возможные корреляции между применением тех или иных ПАВ и частотой обострения шизофрении. Некоторые авторы пытались применять для лечения шизофрении ПАВ (H. Shneider, 1975, E. Brandrue, T. Vauggaard, 1977), что, как мы полагаем, связано с недостаточной осведомленностью о динамике наркомании, развившейся на фоне психических заболеваний. Известно, что часть юношей, потребляющих ПАВ, способны избавиться от психической зависимости (В. В. Чирко, 1989, O. Bratfos, 1980). Исследование этого вопроса в рамках наркомании у больных шизофренией было бы весьма полезным.

Разноречивость литературных данных по вышеперечисленным вопросам связана, во-первых, с небольшим количеством клинических наблюдений, которые не позволили к настоящему времени объективно и убедительно оценить значимость установления правильного диагноза и назначения адекватного лечения; во-вторых, подавляющее число работ касаются шизофрении в целом и не предполагают ее дифференциации по формам.

Целью настоящей работы является улучшение результатов лечения данной группы больных путем выявления особенностей клинического течения наркомании у больных, страдающих шизофренией. Своевременная диагностика заболевания и лечение в свою очередь явились бы профилактикой СОД этих больных.

Представляется актуальным сравнительное изучение клиники и динамики абстинентного синдрома при потреблении ПАВ больными шизофренией, ведь клинику абстинентного синдрома всегда рассматривают в рамках той или иной доктрины. В настоящее время доминирует катехоламиновая гипотеза сущности абстинентного синдрома. В этом плане было бы интересно рассмотреть картину абстинентного синдрома у лиц с выраженными нарушениями обмена катехоламинов.

Для уверенного распознавания и терапии пристрастия к ПАВ важно установить его мотивационные основы. Известно, что психологические мотивы потребления ПАВ в прошлом сильно отличались от сегодняшней ситуации (S. D. Seibel, 1976, I. M/ Nicholi, 1935). При сравнении мотивации пристрастия у больных с разными вариантами эндогенного процесса, по-видимому, удастся наметить подходы к оценке мотивационных характеристик при неосложненной наркомании. В этом плане представляет интерес изучение отдельных наблюдений самолечения шизофрении путем потребления опиатов, гашиша и эфедрона. Обратная эволюция симптомов эндогенного процесса с возвращением к препсихотическому состоянию под влиянием наркотиков описана А. И. Молочком (цит. по А. Б. Александровскому, 1964). Более глубокое изучение этого вопроса также представляется актуальным.

Конкретными задачами работы явились:

1. Определение мотивации потребления ПАВ больными шизофренией, установление причин выбора наркотика, режима и интенсивности потребления.

2. Выявление особенностей формирования физической зависимости и клиники (абстинентного синдрома у больных шизофренией, потребляющих опиаты, гашиш, эфедрой.

3. Изучение особенностей наркотического опьянения у больных шизофренией.

4. Определение критериев для дифференциальной диагностики интоксикационных наркотических психозов и дебюта или обострения шизофрении.

5. Изучение особенностей терапии данного контингента больных.

Научная новизна:

Впервые обобщен клинический материал по проблеме наркомании, осложняющей течение шизофрении. Проведен сравнительный анализ внешне сходных картин экзогенных реакций и дебютов или обострений шизофренического процесса. Впервые подробно рассмотрена «терапевтическая» мотивация потребления ПАВ больными шизофренией. Описаны особенности физической зависимости и клиники абстинентного синдрома у больных шизофренией, злоупотребляющих пав. Впервые определено место и возможности современных методов диагностики и лечения этой категории больных. Разработана тактика их лечения с конкретизацией целесообразности возможностей современной психотерапии в сочетании с фармакотерапией в лечении сочетаний наркомании с шизофренией.

Практическое значение:

Изучение особенностей клиники и течения наркомании, развившейся на фоне шизофрении, помимо терапевтического интереса, имеет большое

практическое значение. Ранняя диагностика шизофрении и установление диагноза наслонившейся наркомании, помимо общих медицинских мероприятий, диктует применение иных терапевтических программ, направленных на основное заболевание, дает вероятность ожидать терапевтического погашения патологического влечения к наркотическому веществу, и тем самым предотвратить возникновение рецидива. Врачебная тактика, социально-реабилитационные мероприятия по отношению к этим больным должны существенно отличаться от таковых при неосложненной шизофрении и наркоманки. Клинический интерес представляет и то обстоятельство, что нередко начало наркомании совпадает с первыми признаками исподволь развивающегося шизофренического процесса, что значительно затрудняет дифференциальную диагностику. Дополнительные трудности связаны с некоторым клиническим сходством состояния больных с инициальными расстройствами вялотекущей шизофрении и преморбидными особенностями личности наркомана. Эти больные обращают на себя внимание, как клиническими особенностями, так и характером выбора наркотика, ритмом потребления, мотивами, методами потребления, клиническими особенностями абстинентного синдрома, обстоятельствами начала наркотизации и прекращения потребления. Выявление особенностей клиники и течения наркомании, развившейся на фоне разных форм шизофрении и разработка практических рекомендаций дифференцированного подхода к лечению этой категории больных открывает перспективы реальной профилактики и расширение контингента больных с дли-

тельными ре-
риска позво
профилактик
разработ
и лечения на
нией, основа
ретной клин
что позволя

1. Своев
ноз и приме
воздействия
совершения

2. Сократ
ционаре.

3. Дости
больных.

4. Дости
ции у боль

Примен
ренцирова
сочетанно
более ши
тодов ком
ческих сит

Полож
1. Наи
ных шизо
мании яв
лым -

тельными ремиссиями. Определение спектра групп риска позволяет создать эффективную систему профилактики,

Разработаны основные принципы диагностики и лечения наркомании, сочетающейся с шизофренией, основанные на определении в каждой конкретной клинической ситуации основной патологии, что позволяет:

1. Своевременно выставить правильный диагноз и применять к больным медицинские методы воздействия, что значительно снижает вероятность совершения ими общественно-опасных действий.

2. Сократить время пребывания больных в стационаре.

3. Достичь длительной ремиссии у большинства больных.

4. Достичь социальной и трудовой реабилитации у больных.

Применение в клинической практике дифференцированного подхода к диагностике и лечению сочетанной наркомании открывает перспективы более широкого использования современных методов комплексного лечения в различных клинических ситуациях.

Положения, выносимые на защиту:

1. Наиболее уязвимым контингентом больных шизофренией по вероятности развития наркомании являются неврозоподобные формы с вялым течением.

3. Мотивация потребления ПАВ при наркомании у больных шизофренией по преимуществу терапевтическая. Выбор наркотика, ритм и интенсивность потребления зависят главным образом

от активности процесса и актуальной симптоматики.

4. При наркомании, развившейся у больных шизофренией, отсутствуют случаи поливалентного потребления наркотиков. Практически не наблюдается прогрессирующего повышения доз. Абстинентный синдром минимально выражен, без существенного вегетативного аккомпанемента, с преобладанием психических расстройств.

5. Клиническая картина наркотического опьянения при осложненной наркомании значительно отличается от типичной интоксикации.

6. Однократное потребление наркотика может привести к возникновению структурно сложного психоза.

7. Несмотря на полиморфность психозов, связанных с потреблением наркотиков, получены критерии, позволяющие дифференцировать их от обострения или дебюта шизофрении.

8. Течение сочетанной наркомании характеризуется частыми обрывами наркотизации и светлыми промежутками.

9. Полиморфизм психозов при сочетанной наркомании зависит не столько от наркотика, сколько от особенностей почвы.

10. В отличие от неосложненных форм наркомании терапевтические возможности при сочетанной наркомании выше.

ГЛАВА I

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Некоторые аспекты изучения личности потребления ПАВ и мотивации потребления

Преморбидные особенности наркоманов всегда занимали исследователей (В. Б. Бориневич, 1964, Д. К. Казиева, 1966, F. Kerim, 1930, S. D. Seibel, 1976, I. F. Maddoux, D. S. Desmond, 1984). Несмотря на то, что большинством психиатров признается ведущая роль социальных факторов в развитии наркомании (В. Н. Битенский, 1989, К. Е. Макшанцева, Г. Я. Лукачер, В. А. Чудновский, 1989, S. D. Seibel, 1976), факт наркотизма в любом обществе, эпохе и социальной группе подсказывал необходимость искать причину в каких-то специфически личностных свойствах (И. Е. Пятницкая, 1975, R. E. Horrigan, 1973).

Некоторые особенности преморбида могут быть побуждающими моментами для развития наркомании. По литературным данным наркоманы представляют собой лиц, для которых характерен низкий уровень социальной активности и чувства ответственности, склонность к плутовству и лжи (М. I. Soneif, 1975). Отмечается антисоциальная направленность: I. L. Croughan, I. P. Miller et al. (1982) обнаружили антисоциальные черты у 60%

исследуемых больных, В. I. Rounsaville и соавт. (1982), изучив 553 наркоманов, в 66,5% отмечают антисоциальное поведение, I. F. Maddoux, D. P. Desmond (1984) описывают девиантное поведение у больных наркоманией еще до начала употребления наркотика.

Они отмечают среди наркоманов высокий уровень безработицы, криминогенности, нестабильных брачных отношений, гомосексуальные тенденции. Поскольку эти личностные черты соответствуют известным формам психопатий, наркоманов в преморбиде многие считают психопатами. Так, F. Kerim (1930) утверждает, что наркотики употребляют психопаты и лица со слабой волей. С рождения у них можно отметить признаки психической дегенерации. Среди исследованных наркоманов Д. К. Казиева (1966) обнаружила психопатов астенического, возбудимого и истерического круга. Среди своих больных И. И. Пятницкая (1975) у 28,91% обнаружила клинически диагностируемую психопатию. Обследовав 208 больных полинаркоманией, у 57,7% А. Врублевский с соавт. (1988) отметили в преморбиде патологические личностные девиации (повышенная возбудимость, истериоформность), признаки психического инфантилизма. Сходство личностных профилей наркоманов и больных шизофренией бывает совершенно поразительным. В литературе имеются многочисленные данные о применении опросника MMPI у больных наркоманией (В. Ю. Завьялов, Т. Киселева, 1973, А. Н. Ланда, 1989, P. Nathan, S. Harris, 1965, Z. Jucha, I.W. Tomczak, 1973, Т. Станкушев с соавт., 1982, V. Klinge, 1983). Согласно исследованиям В. Ю. Завьялова, Т. Киселевой лица, злоупотребляющие опийно-морфин-

ными препаратами, проявляли явно шизоидные черты, своеобразие поведения, отгороженность, склонность к мудрствованию, непродуктивность мышления, созерцательность, манерность, льстивость, часто сочетающуюся с затаенной враждебностью и подозрительностью, склонность к депрессивным реакциям, повышенную эмоциональную ранимость, обидчивость. 83% исследуемых «отреагировали» на тест высокой F шкалой (выше 70 T), что принято считать признаком тяжелого невроза или шизофренического психоза; (обследовав 850 наркоманов, М. I. Soneif (1975) установил у них низкий уровень импульсивности, больные обнаруживали большую готовность к самопожертвованию, участливость к страданию других. Исследование показало, что среди наркоманов много лиц, склонных к лидерству и властности. В заключении автор подчеркивает, что идея существования универсального личностного профиля для наркоманов не находит пока подтверждения. Обследовав при помощи MMPI 85 больных наркоманией, Т. Станкушев с соавт. (1982) обнаружили максимальное повышение на шкалах «психопатия», «шизофрения» и «истерия». По мнению авторов, характеристика личности наркоманов включает следующие особенности: эмоциональную незрелость, неконформность, агрессивность, трудности в межличностных отношениях, то есть, такие особенности, которые приводят к личной и социальной дезадаптации. В отличие от М. I. Soneif (1975), авторы считают, что для наркоманов характерна выраженная импульсивность.

Тестами MMPI и 16-факторным личностным опросником R. Cattell с соавт. (1978) обнаружили

тесную связь между психопатологическими симптомами у молодых наркоманов и структурой личности. Среди обследованных с высоким уровнем тревоги, чувства вины и инфантильной личностью клиническая картина чаще обнаруживала многообразие психопатологических нарушений. В группе обследованных с низким уровнем тревоги на первом плане были психопатизация и невротические черты.

Таким образом, разноречивые данные о преморбиде и особенностях раннего социального развития больных наркоманиями исследователи интерпретируют, как имеющие различную степень «специфичности». Также существует широкий диапазон мнений относительно роли шизоидных расстройств личности при наркоманиях. Наличие подобных явлений допускает возможность носительства шизофренической конституции (pathos по А. В. Снежневскому, 1975) у определенной части наркоманов. Вместе с тем известны мнения Е. В. Канторовича (1936), И. В. Стрельчука (1956), В. В. Бориневича (1964) о том, что алкоголиком и наркоманом при длительном сроке злоупотребления может стать любой здоровый человек. При исследовании потребителей ПАВ важное значение имеет мотивация употребления наркотика. Уже а priori можно предполагать особый характер мотивации потребления ПАВ на фоне шизофрении или шизофренической конституции. Мотивация задает ритм приема наркотиков, определяет скорость развития наркомании, формирования зависимости. По мнению I. E. Staehelin (1967), у всякого наркомана имеется сознательная или бессознательная, но чрезвычайно сильная потребность изменить

свое состо
ротимая по
ние дости
ного про
работоспо
вобождени
отдельном
ны играть
Обслед
наркотики
установили
позитивная
тивная («з
приспособ
Однако пр
сразу же в
ПАВ в бол
причину. Та
вала небла
рой явилос
строение.
мотивирую
происходя
избавиться
ощущений
стремлени
та (Z. Juch
напряжени
бельнее (F
Среди фа
наркотиков
вольство с
«взбодрить
мую завис
2. Заказ №

свое состояние. В каждом наркомане живет неукротимая потребность в какой-то перемене, желание достигнуть успокоения и блаженства, душевного прояснения и облегчения, повышения работоспособности и эмоциональной живости, освобождения от страданий. Вероятно, в каждом отдельном случае наркомании ведущую роль должны играть различные мотивационные факторы.

Обследовав 4082 новобранца, потребляющих наркотики D. Hell, R. Battegay, R. Muhlermann (1976) установили три наиболее общих типа мотивации: позитивная («для получения наслаждения»), негативная («защита от тоски»), нейтральная («для приспособления к окружающим», «по привычке»). Однако при рассмотрении позитивной мотивации сразу же возникло подозрение, что потребители ПАВ в большинстве случаев скрывали истинную причину. Так, негативной мотивации предшествовала неблагоприятная ситуация, следствием которой явилось желание устранить пониженное настроение. Лица с психотическими нарушениями мотивируют прием наркотиков желанием «понять» происходящие вокруг события или потребностью избавиться от неприятных внешних и внутренних ощущений (I. F. Kramer, D. C. Cameron, 1975), стремлением к достижению психического комфорта (Z. Jucha с соавт., 1978), снятию психического напряжения, страха, желания стать коммуникабельнее (R. L. Nail, E. Gunderson, D. Kolb, 1974). Среди факторов, способствующих потреблению наркотиков, M. Weinstein (1978) выделяет недовольство собой и стремление изменить себя или «взбодриться». Многие авторы указывают на прямую зависимость между употреблением наркоти-

ков и наличием психических расстройств в преморбиде (C. Bennet, 1965, R. E. Herman, 1973, S. D. Seibel, 1976, H.D. Abraham, 1980). Некоторые исследователи считают, что для больных наркоманией характерен пограничный уровень психопатологии между невротами и психозами с превалированием параноидных и депрессивных черт (S. I. Blatt и соавт., 1984). I. Hensala, L. Epstein (1967) сообщили, что среди потребителей наркотиков больные шизофренией составляют 45%. Более того, выбор определенного наркотика больным не случаен. Изучая вопрос, являются ли психические расстройства наркоманов следствием «почвы» или особенностью наркотика, S. Seibel (1976) указал, что мотивами потребления наркотиков являются неуверенность в себе и неудовлетворенность. Автор выявляет связь между преморбидными особенностями личности и типом употребляемого наркотика. Так, 54% изученных больных обнаруживали в преморбиде психопатическую структуру и предпочитали опиаты, 13% имели невротические расстройства и пользовались транквилизаторами в попытке избавиться от тревоги, 13% с расстройствами психотического уровня предпочитали LSD. По мнению автора, речь идет о бессознательной попытке повлиять на психическую активность и устранить декомпенсацию. Существует объяснение приема наркотиков попыткой контроля над аффектом и «защитой» от развития психоза (S. I. Blatt с соавт., 1984), самолечения депрессии (R. D. Weiss, 1986). Таким образом, не акцентируя на этом внимание, указанные авторы описывают осознанную мотивацию употребления наркотиков. Изучение типа мотивации по-

ребления ПАВ
Известны даже по
наркотиков при нач
ном аффективном с
ботах отмечают по
тов на страх в р
(H. Ghneider, 1976).
тоте потребления Г
далеким от ясности
дит, что удельный
аффективными пси
манией невелик (И.
saville с соавт., 198
с другой стороны н
ния наркотиков по
вают Н. А. Федор
(1990), O. Stefanis
(1977), M. L. Rich
I. C. Negrete с соав
данные относительно
тика. Среди употре
циногены обнаруж
ных параноидной
с депрессией (А.
данным же Е. Вер
ные шизофрение
дают психопаты и
почтение больным
ков (LSD, амфетам
Н. О. Abraham (19
кую степень потр
ми шизофренией
Blanca (1988) счи
тение бо

ребления ПАВ при шизофрении очень важно. Известны даже попытки назначения психиатрами наркотиков при начинающемся постпроцессуальном аффективном опустошении. В единичных работах отмечают положительное воздействие опиатов на страх в рамках бредового восприятия (Н. Ghneider, 1976). Таким образом, вопрос о частоте потребления ПАВ при шизофрении остается далеким от ясности. Часть исследователей находит, что удельный вес больных шизофренией и аффективными психозами среди больных нарко-манией невелик (И. Н. Пятницкая, 1975, В. I. Rounsaville с соавт., 1982, I. L. Croughan с соавт., 1982); с другой стороны на высокую частоту использования наркотиков психическими больными указывают Н. А. Федоренко (1982), С. П. Косарева (1990), O. Stefanis (1976), A. F. McLellan, K. A. Druley (1977), M. L. Richard (1985), M. Ragheb (1985), I. C. Negrete с соавт. (1986). Так же противоречивы данные относительно предпочитаемого вида наркотика. Среди употребляющих амфетамины и галлюциногены обнаружен большой удельный вес больных параноидной шизофренией и малое число лиц с депрессией (A. F. McLellan, K. A. Druley, 1977), по данным же E. Bertram, L. A. Benishek (1989) больные шизофренией встречаются не часто, преобладают психопаты и депрессивные больные. На предпочтение больными шизофренией психодизлептиков (LSD, амфетамины) указывали G. Bennet (1968), H. O. Abraham (1980). Имеется указание на высокую степень потребления фенциклидина больными шизофренией (M. Ragheb, 1985). Fernandez-Pol Blanca (1988) считает, что фенциклидину отдают предпочтение больные с депрессией, а больные

шизофренией часто употребляют опиаты. Большой уровень преморбидной депрессивности у лиц с опийной наркоманией обнаружили A. Braconier, C. Olievensteini (1974), R. A. Steer, I. Schut (1979), S. I. Blatt с соавт. (1984).

Наблюдая за опиоманами, больными шизофренией, В. В. Бориневич (1964) пришел к выводу, что опиомания развивается до манифестации шизофренического процесса, а также в период ремиссий; в период острой вспышки шизофрении явления физической зависимости от опия выражены не резко. По наблюдениям В. В. Бориневича (1964), к опиатам прибегали как больные шизофренией, так и циркулярным психозом. В. Sigg (1963) отметил, что больные шизофренией встречаются в два раза чаще среди потребителей гашиша, чем в общей популяции. Высказано предположение, что к употреблению каннабиса склонны больные шизофренией с наиболее тяжелой симптоматикой (I. C. Negrete с соавт., 1986). Больные шизофренией практически не встречались среди употребляющих барбитураты (A. F. Mclellan, K. A. Druley, 1977).

1.2. Психотические расстройства, связанные потреблением психоактивных веществ

С частотой потребления ПАВ при шизофрении тесно связан вопрос о критериях дифференциации острых психозов, возникающих на фоне текущей шизофрении или у лиц с шизоидным складом личности. Мысль о многофакторной причине психических расстройств не нова. Впервые эту идею четко высказал Criesinger (1867), который описал

взаимодействие экзогенной предрасположенности при возникновении особенностей при шизофренической наркомании при шизофренической наркологической принадлежности по-видимому, являются частными вопросами современной психиатрии. Это связано с действия почвы и токсического момента решал. Так, в литературе, посвященной взаимоотношениям экзогенным процессам патологическим пристрастиям, освещены работы Лин., 1927, Пузиенко, И. Хаджиева, 1983, F. Megrete, 1972, I. C. Megrete, V. авторы в своих работах факт, что наркомания сопровождается развитием (1981).

Экзогенные факторы или иную окраску участвуют в патогенезе возникновения опр. Большинство неблагоприятных шизофренических осложнений обусловлено экзогенными факторами. Эрогенные наслоения "свои" явления шизофренические 1963

Большинство лиц (Kopier, 1979), страдающих шизофренией, что шизофреники; лечения бы не (64), к й, так етил, а раза бщей упот- фре- Neg- акти- ощих).

взаимодействие экзогенных факторов, наследственной предрасположенности, особенностей личности при возникновении психоза. К сожалению, особенности подобного взаимодействия в рамках наркомании при шизофрении не ясны. Клиника и нозологическая принадлежность таких психозов, по-видимому, являются одним из наименее изученных вопросов современной наркологии и психиатрии. Это связано с тем, что вопросы взаимодействия почвы и токсического агента до настоящего момента решались лишь в общем плане. Так, в литературе, посвященной шизофрении, конкретные взаимоотношения, возникающие между эндогенным процессом и осложняющим его патологическим пристрастием к алкоголю и наркотикам, освещены лишь в общем плане (С. Жислин., 1927, Пузиенко, 1981, Е. А. Федоренко, 1982, И. Хаджиева, 1983, F. Kerim, 1930, S. Forest Tennant, 1972, I. C. Megrete, V, P. Knapp, 1986). Некоторые авторы в своих работах лишь констатируют тот факт, что наркомании могут предшествовать или сопровождать развитие шизофрении (В. Милев, 1981).

Экзогенные факторы обуславливают не только ту или иную окраску психоза, но и, по-видимому, участвуют в патогенезе болезни, благоприятствуя возникновению определенной формы шизофрении. Большинство неблагоприятно протекающих случаев шизофрении обусловлены присоединением дополнительных вредностей (А. Н. Молохов, 1959). Эрогенные наслоения в части случаев способствуют появлению феноменов, в целом не свойственных шизофрении (Л. П. Лобова, 1957, О. Е. Сосюкало, 1963, Р. Г. Голодец, И. И. Лугомс-

кий, 1967, В. М. Михлин, 1982). Изучая изменения в клинической картине шубообразной шизофрении, осложнившейся лекарственной интоксикацией, Е. А. Федоров (1962) отметил, что у всех больных по отзвучании острой симптоматики, связанной с интоксикацией, более отчетливо выступала имевшаяся у них раннее психопатологическая симптоматика. Многими клиницистами отмечено атипизирующие действие экзогенных вредностей на симптоматику шизофрении, наиболее выраженное на ранних этапах ее течения (Е. Н. Каменева, 1959, С. Жислин, 1965, Р. Г. Голодец, И. И. Лукомский, 1973, А. А. Корнилов, 1980, Г. Ф. Финк, 1982, L. Raubisek, 1966). Однако существует противоположное мнение, что экзогенные вредности лишь в очень редких случаях могут привести к утяжелению уже текущего процесса (А. Г. Галачьян, 1948, O. Schrappe, 1959).

Наиболее сложен и противоречив вопрос относительно психотических расстройств, возникающих у наркоманов. Непсихотические варианты хронической интоксикации наркотиками описаны значительно полнее еще С.С. Корсаковым (1913), Л. М. Розенштейном (1910), М. Я. Серейским (1925), В. А. Горовым-Шалтаном (1942), Е. Краереijn (1927). В. Bron (1982) выделяет 10 типов психозов, развитие которых связано с приемом наркотиков. Автор описывает, в частности, острые и хронические психозы опьянения, возникающие после приема галлюциногенов (LSD, гашиш), векаминов и кокаина.

Наиболее сложную психопатологическую картину представляют так называемые психозы ужаса, связанные с наркотизацией и характеризующи-

еся триадой: страх, параноидные переживания, галлюцинации. Эти психозы часто сопровождаются страхом сойти с ума, страхом смерти, мучительными бредовыми переживаниями, дереализационными и деперсонализационными феноменами.

При эхо-психозах в свободные от наркотиков периоды повторяются психотические переживания, впервые возникшие при опьянении. Длительность этих психозов, как и психозов ужаса — от минут до часов.

При так называемом невротическом течении опьянения, по мнению В. Врон речь идет о возвращении воспоминаний раннего детства на основе регрессивного процесса, активированного галлюциногеном, клинически можно говорить о параноидных реакциях, депрессивном настроении, дереализационных явлениях.

Выделяются также психозы спутанности или «психотические типы опьянений». Это острые интоксикационные психозы, длящиеся дни-недели и заканчивающиеся парциальной амнезией. От них отличаются рецидивирующие психотические картины, которые рассматриваются как органические психосиндромы с осевой галлюцинаторно-параноидной симптоматикой. Особое место отведено психозам, течение которых начинает принимать независимый от наркотической вредности характер. Они могут давать преимущественно эндоформные картины, и эти случаи отличаются высокой наследственной отягощенностью эндогенными психозами. Отмечена возможность провоцирования галлюциногеном приступа шизофрении или маниакально-депрессивного психоза.

В. С. Битенский (1989) выделяет три типа психотических расстройств, развивающихся у подростков-наркоманов: острые интоксикационные психозы, протрагированные интоксикационные психозы, психозы на фоне абстиненции. Автор отмечает, что острые интоксикационные психозы, связанные с наркотизацией, можно рассматривать как собирательное понятие, включающее, во-первых, психозы передозировки и, во-вторых, психотические варианты опьянения. Различие между этими формами психозов автор видит в их количественном составе. Кроме того, для психозов передозировки характерны незапрограммированность психотических переживаний, потеря самоконтроля, значительные соматоневрологические последствия. Автор считает, что при психотических вариантах опьянения способность к самоконтролю не утрачивается. Кроме острых интоксикационных психозов, а также психозов, возникающих на фоне абстиненции, встречаются затяжные и рецидивирующие психозы, чья нозологическая самостоятельность спорна. V. R. Thacore (1973) приводит истории болезни четырех больных, поступивших с психическими расстройствами, связанными с длительным курением индийской конопли. Клиническая картина напоминала таковую при шизофрении — на фоне ясного сознания и относительно сохранной памяти отмечались характерные нарушения мышления и восприятия. E. M. Colbach, R. P. Crowe (1970) описывают при потреблении марихуаны кратковременные острые психозы, характеризующиеся бредом, нарушением ассоциативной деятельности, дезориентировкой во времени, однако у 40% потребителей марихуаны, поступивших с психозами,

они были затяжными
ными эпизодами. И
что употребление
острые, то затяж
протекают преимущ
на фоне измененно
вые и зрительные о
нескольких дней до
психозы имеют ши
мечаются бредовы
ность мышления,
Эти затяжные псих
и даже годы. Автор
одной клинической
хронический гашиш
что указывал также
определенна пози
ющей, что гашиш
провоцирующим
ствует развитию п
с различной давн
гашиша в 59% с
зофренический пр
описывая психоз
потребления кон
мя, считают, что
психозах, а о ши
15 больных клини
развившегося по
отличалась от
приема LSD.
ный психоз
ического, посл
не исчезли

они были затяжными, нередко с шизофреноподобными эпизодами. И. В. Стрельчук (1970) отмечает, что употребление *Cannabis indica* вызывает то острые, то затяжные психозы. Острые психозы протекают преимущественно по типу делирия — на фоне измененного сознания возникают слуховые и зрительные обманы. Заболевание длится от нескольких дней до нескольких недель. Затяжные психозы имеют шизофреноподобную окраску: отмечаются бредовые идеи отношения, разорванность мышления, кататоноподобные состояния. Эти затяжные психозы длятся несколько месяцев и даже годы. Автор считает, что на основании лишь одной клинической картины очень трудно отличить хронический гашишный психоз от шизофрении, на что указывал также А. А. Абаскулиев (1976). Более определена позиция Д. К. Казиевой (1967), считающей, что гашиш в одних случаях служит лишь провоцирующим фактором, в других — способствует развитию шизофрении. Так, из 550 больных с различной давностью хронической интоксикации гашиша в 59% случаев Д. К. Казиева нашла шизофренический процесс. S. Forest, I. Tennant (1972), описывая психозы, возникшие как сразу после потребления конопли, так и через некоторое время, считают, что речь шла не о каннабисных психозах, а о шизофренических, тем более что у 15 больных клиническая картина острого психоза, развившегося после приема конопли, ничем не отличалась от той, что наблюдалась у них же после приема LSD. У 115 больных острый интоксикационный психоз ничем не отличался от шизофренического, после лечения все симптомы полностью не исчезли, остались изменения личности,

соответствующие хронической шизофрении. Хотя шизофренические реакции появлялись после употребления марихуаны, а затем и амфетаминов, при изучении истории болезни и амбулаторной карты, нашлось достаточно данных о вероятном наличии латентной шизофрении. Н. S. Kaplan (1971) сделал заключение, что развивающийся после потребления конопли острый психотический синдром клинически не отличается от острой шизофренической реакции. Основными критериями, позволяющими провести дифференциальную диагностику в пользу гашишных психозов, по мнению А. И. Вавильчевой (1972), являются развитие психотических расстройств в связи с длительной гашишной интоксикацией, острое начало и сравнительно короткое (8-12 недель) без признаков прогрессивности течение заболевания, отсутствие характерных для шизофрении эмоционально-волевых расстройств. Будучи не в состоянии провести дифференциальную диагностику между марихуановыми и шизофреническими психозами, Farmi Duggari (1976) решил, что они имеют одну и ту же метаболическую основу, что марихуана дает модель экспериментальной шизофрении, поскольку все изученные им психозы ничем не отличались от шизофренических. Шизофреноподобные состояния при длительном потреблении конопли описали F. Vieckowicz (1973), Rabe-lablonska Iolanta, Grmi-tiowicz Agnieszka (1989). Положительная динамика шизофреноподобных симптомов отмечена при применении лепонекса. А. У. Шаюсупова, А. Н. Арипов, М. Г. Гулямов (1972) в 55% наблюдений отмечали подострые и затяжные галлюцинозы, преимущественно слуховые, в некоторых случаях

превалировали
ро-, микроскоп
ства схемы тел
ступы, шизофо
5-ти месяцев. Н
женного дефек
зофренией, пот
(1986) отмечае
идентификации
пятствует боле
ких состояний.
кратковременн
ны отрицатель
на течение и
реакцию больн
тивных симпто
ческого состоя
нопли отметил
Изучая вза
ния И. Хаджи
сходства меж
каннабисными
может быть пр
эмоциональн
зофреническу
дения в перво
ляемость мы
психозах. Одн
птомов и их
чтобы призна
на известное с
зы с параноид
юго сознани
рфрении. Те

превалировали психосенсорные расстройства, макро-, микроскопии, деперсонализация, расстройства схемы тела, отмечались маниакальные приступы, шизоформные психозы длились от 3-х до 5-ти месяцев, но выход из психоза был без выраженного дефекта. Обследовав 137 больных шизофренией, потребляющих марихуану, I. C. Negrete (1986) отмечает, что каннабис мешает собственно идентификации психотических расстройств, препятствует более четкому выявлению психотических состояний. Однако автор считает, что важнее кратковременного искажения клинической картины отрицательное влияние потребления конопли на течение и исход психических расстройств, на реакцию больных на лечение и на динамику негативных симптомов. Тенденцию к ухудшению психического состояния при возобновлении приема конопли отметили Davison и Wilson (1972).

Изучая взаимоотношения гашиш — шизофрения И. Хаджиева (1983) указывает на некоторые сходства между шизофреническими психозами и каннабисными: насильственный аффект, который может быть приравнен к моторным автоматизмам; эмоциональные расстройства, напоминающие шизофреническую амбивалентность; чувство отчуждения в первой фазе воздействия гашиша; неуправляемость мыслительного процесса при этих двух психозах. Однако, отмечается, что сочетание симптомов и их устойчивость различны для того, чтобы признать абсолютную аналогию, несмотря на известное сходство психозов. Гашишные психозы с параноидом и слуховыми обманами на фоне ясного сознания близки к параноидной форме шизофрении. Тем не менее зрительные гал-

люцинации составляют ядро гашишного психоза и редки при шизофрении. Убедительные данные за удлинение приступа или за укорочение его под действием гашиша отсутствуют. Автор считает, что клиническая картина шизофрении не обогащается употреблением гашиша экзогенными элементами, хотя при его массивном употреблении отмечаются делириозные эпизоды. Структура параноидного синдрома под воздействием гашиша не меняется. Мощный эйфоризирующий эффект гашиша издавна соблазнял психиатров назначать его при вялотекущей шизофрении, хотя, если и улучшается настроение у шизофреников после приема гашиша, то его амплитуда ниже, чем у гашишеманов. Таким образом, автор приходит к выводу об отсутствии патоморфоза шизофрении вследствие дополнительной гашишной интоксикации.

Наиболее распространенными формами действия психодизлептиков (каннабис, LSD, амфетамины) являются психотическое (галлюцинаторное) опьянение и фармакогенные психозы (P. Deniker, D. Ginestet, 1969). По мнению авторов, интоксикационные психозы при наркоманиях встречаются сравнительно редко по сравнению с галлюцинаторным опьянением, на тысячи и даже миллионы больных приходится 10-100 больных с психозами.

Авторы считают, что наркотическое опьянение может привести к психическим расстройствам с галлюцинациями у предрасположенных лиц, но это исключение. Психосенсорные же расстройства встречаются как правило.

Фармакогенные психозы, вызываемые галлюциногенами, преимущественно амфетаминами, не приобретают формы классических интоксикацион-

ных психозов, а напоминают параноидные или онейроидные реакции. Авторы наблюдали атипичные дистимии, напоминающие таковые при шизофрении.

Изучение патогенеза интоксикационных психозов, которые часто принимают шизофреноподобный облик и при которых часто выставляется неправильный диагноз, по мнению Г. С. Узунова (1959) представляет более высокий этап изучения шизофрении. Автором описана клиника бромистых психозов, протекающих на фоне относительно ясного сознания с тяжелым бредом, обильными зрительными галлюцинациями, психосенсорными нарушениями; психоз напоминал шизофренический приступ. Описывая сходные с шизофренией акрихиновые психозы, автор отвергал значение принятой дозы препарата, так как в 50% случаев доза акрихина не превышала обычной терапевтической, в отдельных случаях психоз возникал после введения незначительных доз.

Анализируя 5000 случаев психотических состояний, обусловленных употреблением наркотиков, в том числе состояний страха, тревоги и более развернутых психозов, W. Abruzzi (1977) отметил, что психотические расстройства у наркоманов встречаются в 5-10% случаев, важная роль в их возникновении отводилась эмоциональным и психическим нарушениям в анамнезе.

Психоз абстиненции, развивающийся через 8-10 часов после прекращения приема наркотиков, описан Л. С. Ладыгиной (1977). Вначале нарушался сон, появлялась тревога, суебливость, затем психомоторное возбуждение, импульсивные действия. Длительность абстинентного психоза 24-28

часов, выход из психоза быстрый, к перенесенному отмечается полная амнезия. Автором психоз отнесен к группе острейших. Рецидивы не наблюдались. Н. Shneider (1976) изучил 103 больных, у которых психические расстройства появились на фоне приема наркотиков. В 72 случаях был выставлен диагноз экзогенного психоза, в 25 — шизофрении, 6 остались диагностически неясными. В группе шизофрении отчетливо преобладало употребление наркотиков по сравнению со злоупотреблением лекарствами. Обращала на себя внимание частая смена наркотиков, отсутствие увеличения доз. Большинство больных употребляли гашиш, затем LSD или героин. Любопытно, что не только при шизофрении, но также и при психозах, связанных с наркотизацией, встречались симптомы первого и второго ранга по Курту Шнейдеру. Однако при экзогенных психозах галлюцинаторно-параноидные расстройства наблюдались на фоне измененного сознания в 57% случаев, а при шизофрении — лишь в 28%. При экзогенных психозах не наблюдались характерные для шизофрении нарушения мышления. У большинства больных шизофренией употребление ПАВ ограничивалось началом заболевания. В процессе дальнейшего течения болезни употребление наркотиков чаще всего прекращалось (особенно при нарастании аффективного опустошения).

1.3. Клиника и течение наркомании у больных шизофренией

Попытку изучения «атипичного» течения наркомании у больных вялотекущей шизофренией предприняли Г. Н. Соцевич, Е. П. Соколова, Е. С. Ло-

шаков (1977). Среди изученных ими больных лишь трое употребляла морфин и анашу, остальные использовали транквилизаторы и антипаркинсонические препараты. Авторами отмечена нерегулярность приема препаратов, хаотичность выбора средства для наркотизации, редкость обычных для неотягощенных наркоманов сочетаний. Предпочтительными оказались препараты, вызывающие психотическое или близкое к нему состояние. Психическая зависимость оказалась более выраженной, нежели физическая, которая носила своеобразный, парадоксальный характер, о чем свидетельствовало то медленное наращивание доз от одного до трех лет, то «самопроизвольное» изменение ритма приема, а также спонтанные ремиссии. Авторы отмечают отсутствие или нечетко выраженную поэтапность стадийности развития наркотизма, которая, по-видимому, объясняется исходно измененной реактивностью. Обращается внимание на отсутствие выраженного обсессивно-го или компульсивного компонентов влечения, атипичность абстинентных проявлений. По миновании острых абстинентных расстройств выступала эндогенная симптоматика с преобладанием негативных проявлений — вялости, пассивности, расстройств мышления. Изменения личности при наркотизации у больных шизофренией, несмотря на внешнее сходство с обычными наркоманами, обнаруживали ряд отличительных черт. Отсутствовали агрессивные тенденции, наблюдалось наличие амбивалентных установок как в плане дальнейшего употребления или прекращения наркотизации, так и в плане медикаментозного лечения. У 29 больных различными вариантами ши-

зофрении, осложненной наркотизацией, описанных В. А. Пузиенко (1981), отмечено значительное своеобразие характера наркотизации. У большинства из них отсутствовал четкий ритм употребления наркотика, рост толерантности, стремление к повышению доз, отмечались неожиданные разрывы наркотизации. Несмотря на достаточную продолжительность злоупотребления различными ПАВ, четких признаков наркотической зависимости с развитием патологического влечения к конкретному веществу не отмечено. Больные шизофренией, у которых наблюдалось улучшение психического состояния, активно заявляли об отсутствии желания прибегать к приему ПАВ. Катамнестические данные показали, что рецидив наркомании отмечался только в случаях ухудшения психического состояния больного. Р. Г. Илешева, Н. Т. Измайлова (1988) как бы вскользь говорят о том, что у больных шизофренией редко развивается физическая зависимость от ПАВ. При изучении клиники шизофрении, осложненной употреблением гашиша, авторами отмечено, что наиболее интенсивное потребление наркотика наблюдалось на инициальном этапе заболевания. Работы, касающиеся предпочитаемых наркотиков больными шизофренией, представлены в литературе неравномерно.

МАТЕРИАЛЫ

Исследования
ных наркоманий
больной наркома
личных вариантов
группу вошло 68
хотических расст
ших ранее психи
следованные бо
нарном лечении
республиканског
также в различ
клинической бо
1987 г по 1992 г
лен стремление
ных, а также бо
комании среди
подвергнутых и
вторном стаци
значительно со
диагностически
В основную
от 15 до 30 ле
у преобладаю
ребления нарк
1 до 8 лет. Ме
Заказ № 2835

ГЛАВА II

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследованию подверглись 189 мужчин, больных наркоманией. Основную группу составил 121 больной наркоманией, развившейся на фоне различных вариантов шизофрении. В контрольную группу вошло 68 больных с наркоманией без психотических расстройств в анамнезе, не страдавших ранее психическими заболеваниями. Все исследованные больные находились на стационарном лечении в 7 наркологическом отделении республиканского наркодиспансера г. Кишинева, а также в различных отделениях психиатрической клинической больницы г. Кишинева в период с 1987 г по 1992 г. Выбор больных мужчин обусловлен стремлением уменьшить количество переменных, а также большей распространенностью наркомании среди мужчин. Большинство больных, подвергнутых исследованию, находились на повторном стационарном лечении, что позволило значительно сократить возможность совершения диагностических ошибок.

В основную группу вошли больные в возрасте от 15 до 30 лет, в контрольную — от 15 до 25. У преобладающего числа больных давность употребления наркотических веществ колеблется от 1 до 8 лет. Межгрупповых различий по давности

употребления нет. Большинство больных поступило в отделение через 3-5 лет потребления наркотических средств. Обращает на себя внимание, что больные как основной, так и контрольной групп характеризуются относительно ранним началом потребления наркотических средств. Так, в основной группе в возрасте 14-15 лет начали наркотизацию 22 больных (19%), в контрольной — 21 больной, что составляет 31,4%. В основной группе отмечается несколько большее количество больных, начавших наркотизацию в 16-17 лет — 16 больных (22%) против 13 больных (18%) в контрольной группе. В 12-13 лет начали наркотизироваться 7 больных (8,1%) основной группы и 8 (12,5%) контрольной. Начало наркотизации в основной и контрольной группах в возрасте 20 лет в процентном выражении совпадает. Больные основной группы как правило поступают через короткое время после начала, наркотизации — 31% через 1-2 года после начала потребления, 16% через 3-4 года после начала наркотизации, 5% — через 6 месяцев, тогда как больные контрольной группы поступили — через 5-6 лет после начала потребления — 37%, через 3-4 года 11%. Среди больных основной группы гашишная наркомания на фоне шизофрении наблюдалась у 43 больных в возрасте от 17 лет до 28, с длительностью потребления конопли от 1 года до 18 лет. Группу опийной наркомании на фоне шизофрении составили 34 человека в возрасте от 20 лет до 30 лет, с длительностью потребления опиатов от 1 года до 20 лет. Эфедроновая наркомания на фоне шизофрении развилась у 39 больных в возрасте от 15 до 25 лет с длительностью потребления эфедрона от 1 года

до 7 лет (табл. 1).
формы наркомании от ва
наружены следующие за
простой невротической
чески одинаково часто за
ной и эфедроновой нарк
ноидные больные досто
эфедроновой наркомани
как опийная и гашишн
больных наблюдается с
0,05). Циркулярные боль
болевают опиоманией.
циркулярной шизофрен
частота употребления д
шиша и эфедрона (Р
шизофренией с одинак
гашишной, опийной и э
в то время как больные
нией чаще заболевают
($P < 0,01$) (Рис. 1).

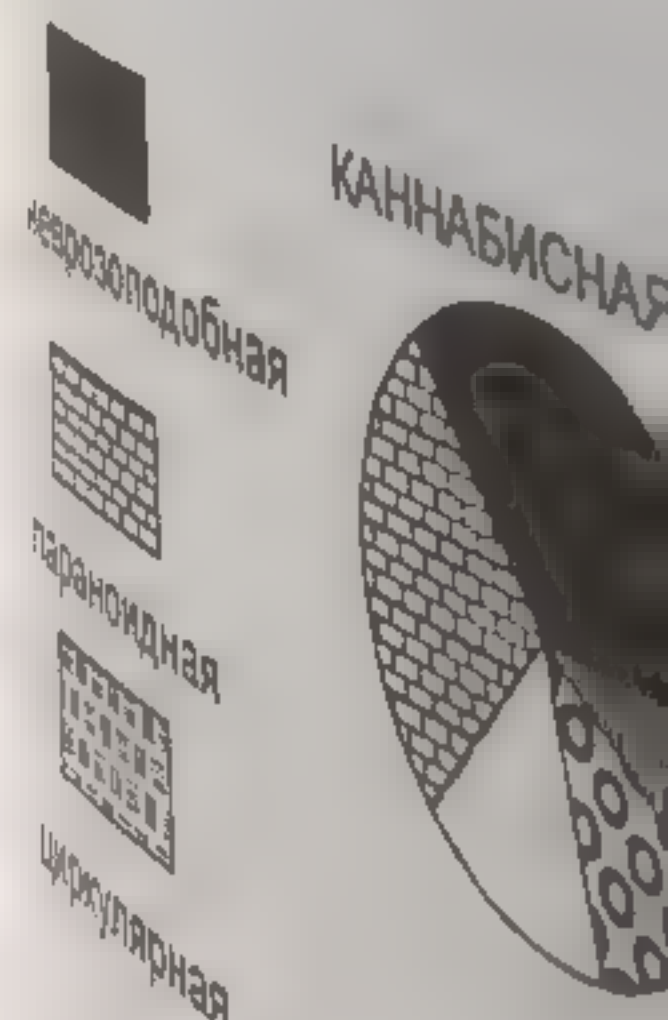


Рис. 1. 3а

до 7 лет (табл. 1). При изучении зависимости формы наркомании от варианта шизофрении обнаружены следующие закономерности: больные простой неврозоподобной шизофренией статистически одинаково часто болеют гашишной, опийной и эфедроновой наркоманией ($P > 0,05$), параноидные больные достоверно чаще болеют эфедроновой наркоманией ($P < 0,05$), в то время как опийная и гашишная наркомания у этих же больных наблюдается с одинаковой частотой ($P > 0,05$). Циркулярные больные достоверно чаще болеют опиоманией. Почти половина больных циркулярной шизофренией употребляют опиаты, частота употребления достоверно выше, чем гашиша и эфедрона ($P < 0,01$). Больные простой шизофренией с одинаковой частотой болеют гашишной, опийной и эфедроновой наркоманией, в то время как больные кататонической шизофренией чаще болеют гашишной наркоманией ($P < 0,01$) (Рис. 1).

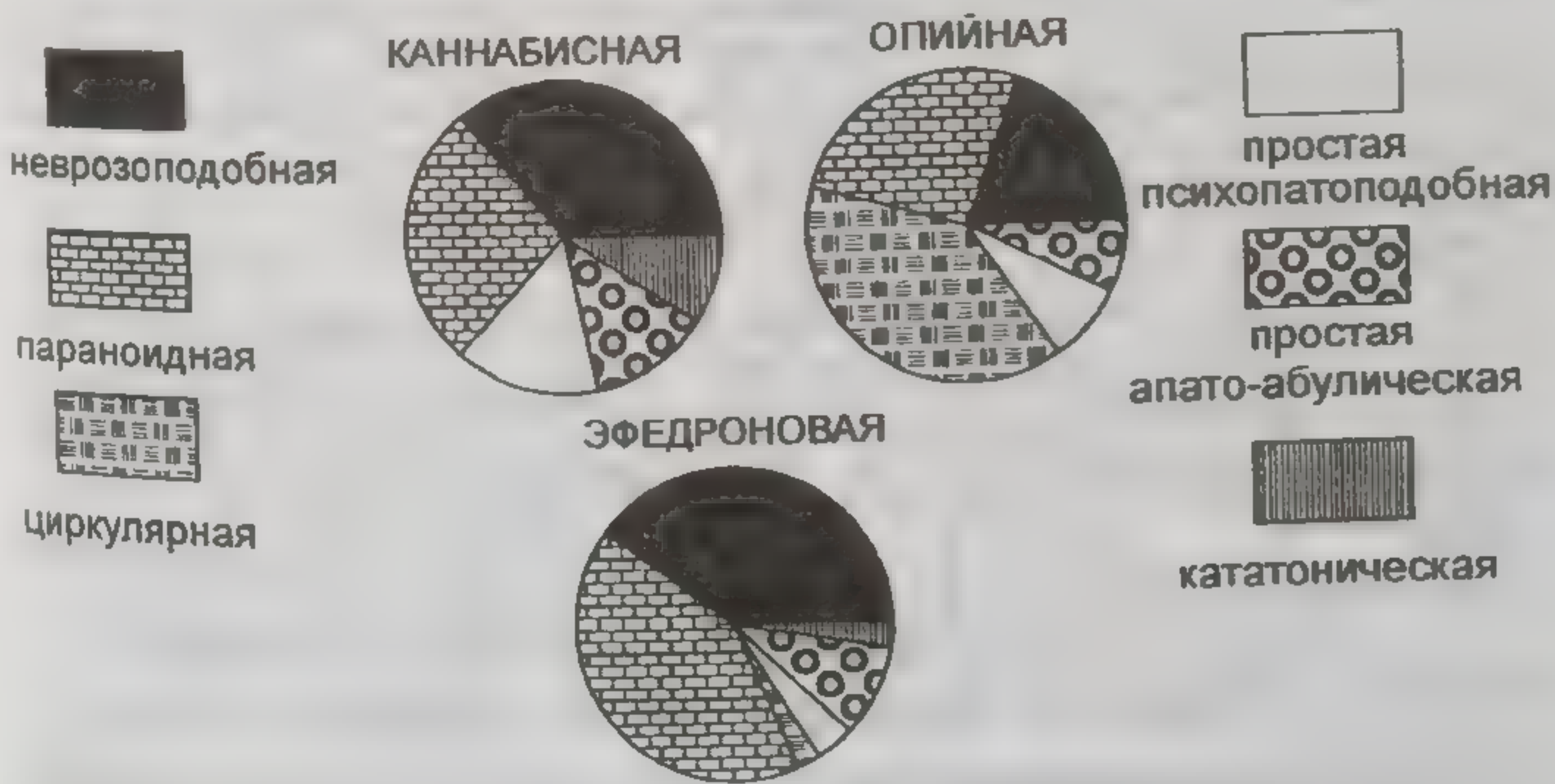


Рис. 1. Зависимость между формами наркомании и вариантами шизофрении

Таблица 1

Зависимость формы наркомании от варианта шизофрении у больных основной группы

Варианты	Всего б-ных		Гашишная наркомания		Опийная наркомания		Эфедроновая наркомания	
Всего	121		48		34		39	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Простая неврозоподобная	40	31,1	18	37,5	7	20,1	15	38,5
			$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$	
Параноидальная	39	32,3	13	27,1	9	26,5	17	43,6
			$P > 0,05$		$P < 0,05$		$P < 0,05$	
Циркулярная	13	10,7	—	—	12	35,3	1	2,6
			$P < 0,05$		$P > 0,05$		$P < 0,05$	
Простая психопатоподобная	13	10,7	8	16,7	3	8,8	2	5,2
			$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$	
Простая апатобулическая	11	9,1	5	10,4	3	8,8	3	7,7
			$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$	
Кататоническая	5	4,1	4	8,3	—	—	1	2,6
			$P > 0,05$		$P > 0,05$		$P > 0,05$	

В остром психотическом состоянии поступило 63% больных основной группы, с ухудшением психического состояния 22%, из них 18% обратились

за медпомощью самостоятельно. Больные контрольной группы в остром психотическом состоянии поступали в 3 раза реже (22%). Большинство больных контрольной группы (76%) госпитализированы сотрудниками РОЩ, лишь 2% больных обратились за помощью под давлением родных.

Анализ социального статуса больных показал, что общим для обеих групп было пренебрежительное отношение к труду, отсутствие стремлений к социальному росту, большое количество разводов, нежелание продолжать учебу, вместе с тем в основной группе высшее образование имели 12% больных, в то время как в контрольной всего 4%. Среднее специальное образование в основной группе — 64%, в контрольной — 47%.

Семью сохранили 76% больных основной и 68% больных контрольной группы. В повторном браке состояло 36% больных основной и 43% — контрольной группы.

По различным причинам не служили в армии 72% основной группы и 34% контрольной группы (различие достоверно: $P > 0,05$). Криминогенность в основной группе была достоверно ниже, чем в контрольной, судимость имели 38% основной и 54% контрольной, из них за сбыт и хранение наркотиков в основной группе 22%, в контрольной — 37%, за хулиганство 8% в основной и 13% в контрольной группе.

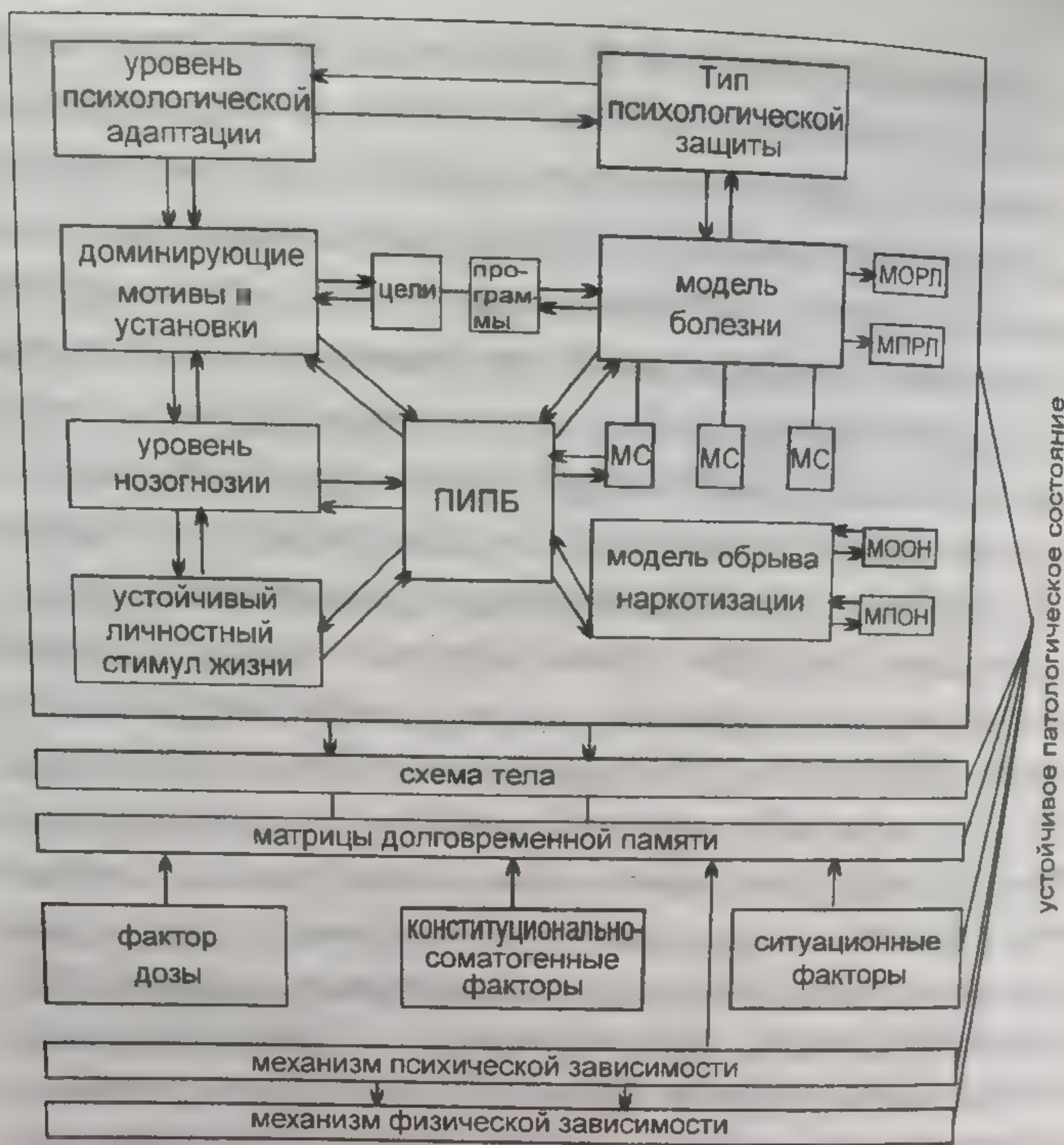
Наследственная отягощенность выявлена в основной группе в 71% случаев, в контрольной в 39%, в том числе наркоманиями — в основной группе в 1%, в контрольной в 3%, психозами — 28% в основной, 12,4% в контрольной, хроничес-

ким алкоголизмом — 42% в основной, 23,6% в контрольной.

Для решения поставленных задач основным методом работы был избран клинико-катамнестический. В соответствии с целями и задачами исследования основное внимание уделялось мотивации потребления наркотиков, развитию психической и физической зависимости, динамике толерантности, изучению картин острого опьянения, структуры абстинентного синдрома как показателя сформировавшейся физической зависимости от наркотика, психозов, возникающих в ходе потребления, ремиссий и изменений личности. В контрольной группе у больных физическая зависимость была достаточно развита, при прекращении приема наркотиков абстинентные явления были достаточно выраженными, суточные дозировки наркотиков были в 5-20 раз больше начальной дозы. Во всех случаях диагноз эндогенного заболевания подтверждался комплексом психологических исследований, куда наряду с рутинными входили и проэктивные методы (тест Роршарха, тест Махобер). Для оценки мотивации потребления дополнительно использованы тесты Люшера и ТАТ (тематический апперцептивный тест). Определялся личностный профиль больных по MMPI, применялся опросник R. Cattell, тест выбора цветов по Люшеру. Клиническое обследование, помимо опроса и осмотра больного, включало сбор объективных сведений, полученных от родителей, друзей, из инспекции по делам несовершеннолетних, из РОВД, из характеристик с места учебы или работы, систематическим наблюдением за поведением больного.

Тщательно изучаю
отчеты. В отличие от
нической наркологии
влияние систематиче
ность больного. В кон
дации, при наркоман
шизофрении вопрос б
плане личность испол
ково ее место в сист
ний субъекта. Наибо
ким инструментом д
задачи явился анализ
лезни (ВКБ), то есть
ных ощущений, мы
возникающих как реа
ния своего психиче
тических целей мы м
предложенную С. М
те с моделью путем
патопсихологически
тодик (уровень тре
интеллекта, систем
левшество, электро
мы тела по графике
ка) исследовались
идеи, касавшиеся
ний и исхода. Особо
турам церебральн
полноте или реду
зопностический оп
ность ВКБ, колеб
ческая значимс
каждого предст

Тщательно изучались дневники больных, самоотчеты. В отличие от классического подхода клинической наркологии, где принято рассматривать влияние систематической наркотизации на личность больного, в конечном итоге — на тип деградации, при наркомании, развившейся на фоне шизофрении вопрос был поставлен иначе: в каком плане личность использует аутонаркотизацию, каково ее место в системе переживаний и отношений субъекта. Наиболее подходящим методическим инструментом для решения поставленной задачи явился анализ внутренней картины болезни (ВКБ), то есть всего комплекса субъективных ощущений, мыслей, чувств и побуждений, возникающих как реакция индивидуума на изменения своего психического состояния. Для практических целей мы модифицировали модель ВКБ, предложенную С. М. Смирновым (1989). При работе с моделью путем беседы, опроса и комплекса психологических и нейропсихологических методик (уровень тревожности, состояние памяти, интеллекта, системы ценностей личности, тест на левшество, электроэнцефалография, изучение схемы тела по графике и тесты складывания человека) исследовались представления и уточнялись идеи, касавшиеся причины болезни, ее проявлений и исхода. Особое значение придавалось структурам церебрального информационного поля, их полноте или редуцированности. Исследован нозогностический опыт, согласно анамнезу, тип психологической защиты, динамичность и стабильность ВКБ, колебания симптоматики, психологическая значимость («цена») и ранговое место каждого представления и симптома (см. рис. 2).



МС — модель симптома
 ПИПБ — психологическое информационное поле болезни
 МООН — модель ожидаемого обрыва наркотизации
 МПОН — модель полученного обрыва наркотизации
 МООН — модель ожидаемых результатов лечения
 МПОН — модель полученных результатов лечения

Рис. 2. Внутренняя картина болезни при наркомании у больных шизофренией.

В основу трактовки полученных данных нами поставлены идеи Н. П. Бехтеревой (1980) об устойчивом патологическом состоянии, возникающем по мере заполнения матрицы долговременной памяти индивидуума фрагментами ВКБ.

Статистическая обработка материала проведена по параметрическим критериям У. Фишера.

СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ

ГЛАВА III

КАННАБИСНАЯ НАРКОМАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Работы, касающиеся предпочитаемых наркотиков при потреблении ПАВ больными шизофренией представлены в литературе неравномерно. Большинство исследований посвящено гашишной наркомании (А. И. Дурандина, 1968, D. S. Bialos, 1970, G. Stubing, 1970, Isbell, 1971, M. H. Heeler, E. Moore, 1974, A. Binitie, 1975) и психозам, связанным с потреблением конопли, (А. И. Дурандина, 1964, Г. О. Битенский, 1989, E. M. Colbach, R. R. Crowe, 1970, A. Paissor, 1982, Tokui Tatsujui, 1988). Клиника шизофрении, осложненной потреблением конопли изучена В. О. Оганесян (1971), И. Н. Пятницкой (1975), Р. Г. Илешевой, Н. Т. Измайловой (1988). Harding and Knight, (1973), Й. Хаджиевой (1983), I. C. Negrete (1986). Однако несмотря на большое количество работ и тщательное обследование психиатрами достаточных количеств больных гашишеманией, на сегодняшний день нет ясности относительно нозологической принадлежности психозов, связанных с потреблением конопли. Описывая спутанность сознания, деперсонализацию, «паранойю», возникшую после приема мари-

хуаны Н. Mart, M. D. Keeler (1976) утверждают, что марихуана сама по себе не вызывает психопатологии, но «преципитирует» ее при соответственной предрасположенности. Поэтому автор предупреждает больных, расположенных к шизофрении, о большой опасности для них потребления марихуаны и других ПАВ, так как в исследованиях показана возможность развития шизофренического процесса сразу после принятия LSD, амфетаминов или гашиша.

Сходство гашишных и шизофренических психозов давно привлекает внимание исследователей. Еще 100 лет назад Moreau I. de Tours (1845) проводил параллель между гашишизмом и шизофренией. Он объяснял большинство симптомов, возникающих при потреблении конопли, даже противоречащих друг другу (повышенное настроение и утрата контакта с реальностью) онирической активностью конопли. Поэтому I. Delay (1954) предлагал назвать каннабис не галлюциногенным, а онирогенным веществом. Автор утверждал, что весь вопрос о каннабисных психозах сводится к тому, идет ли речь о подобии или о тождестве с шизофренией. Неопределенное мнение таких крупных специалистов говорит о сложности и недостаточном исследовании проблемы острых психозов при наркомании. Само же существование проблемы сходства говорит о том, что это сходство между психозами не абсолютное.

Подробно клинику острого отравления каннабисом описал Ж. Буке (1951), который выделил следующие этапы: моторное возбуждение с неадекватным смехом; диссоциация идей, гипертрофия своего «Я» — субъект считает себя высшим

существом; бредсе
шумом; нарушение
кажется, что время
но; нарушение пред
стояние между суб
рядом, представляе
рия: форма и це
щепление своего»
зрительные и слух
ние эмоциональных
рического экстаза.
гашишного опьянен
тели дифференци
нение от психотич
зофреническим пр
фективные расстр
опьянении описал
(1930). Изучив 60
рандина (1961) в
ного опьянения: эй
форический. Встр
опьянения: мания
идные реакции,
(A. Wikler, 1971). Г
набисом описано
идные реакции,
ния при приеме
E. Moore (1974).
марихуаной, зате
испытывали состо
manski, 1981). С
зации, связанной
взгляд, обоснов
пластической

существом; бредовое возбуждение, ужас перед шумом; нарушение представления о времени — кажется, что время движется бесконечно медленно; нарушение представления о пространстве: расстояние между субъектом и человеком, стоящим рядом, представляется огромным; искажение восприятия: форма и цвет кажутся измененными; расщепление своего «Я»; повышенная внушаемость; зрительные и слуховые галлюцинации; обострение эмоциональных переживаний, состояние онейрического экстаза. Описывая подробно клинику гашишного опьянения, лишь немногие исследователи дифференцируют простое гашишное опьянение от психотического, внешне сходного с шизофреническим приступом. Так, возбуждение, аффективные расстройства, апатию в гашишном опьянении описали В. Н. Опря, (1989), F. Kerim, (1930). Изучив 60 больных гашишизмом, А.И. Дурандина (1961) выделила три варианта гашишного опьянения: эйфорический, депрессивный, дисфорический. Встречаются атипичные картины опьянения: маниакальные, депрессивные, параноидные реакции, кататоническое возбуждение (A. Wikler, 1971). Галлюцинаторное опьянение каннабисом описано Kiplinger и Manno (1971). Параноидные реакции, идеи преследования и отношения при приеме конопли отмечали M. N. Keeler, E. Mooge (1974). Во время острой интоксикации марихуаной, затем в течение 2-х месяцев больные испытывали состояние деперсонализации (H.V. Szymanski, 1981). Синдром длительной деперсонализации, связанный с приемом наркотиков, на наш взгляд, обоснованно объяснялся эндогенной патопластической основой. В одних случаях деперсо-

нализация была постоянной, в других — возникала в виде эпизодов ежедневно или несколько раз в неделю. Только в одном наблюдении больной употреблял марихуану в течение нескольких лет; у большинства развитию деперсонализации предшествовало лишь несколько сигарет с марихуаной. Нозологически по DSM-III приведенные наблюдения были расценены различно: большой депрессивный эпизод, деперсонализационное заболевание, хроническая шизофрения и деперсонализационное заболевание с психопатией.

D. S. Bailos (1970) полагает, что пролонгированная деперсонализация в рамках наркотического опьянения и эндогенных депрессивных и шизофренических приступов имеет характерные нозологические особенности, по мнению исследователей, состояние наркотического опьянения в результате приема конопли имеет культуральную окраску. Так, у французов психические ощущения ассоциируются с образом «преддверия смерти», тогда как в мусульманских странах, где отношение к конопле было терпимым, соответствующие психические переживания во время опьянения ею не имели негативной окраски (P. Quidicelli, G. Revel, 1981). Описывая психические расстройства, связанные с приемом конопли авторы не всегда дифференцируют картины опьянения с острыми психозами того же происхождения. Что касается длительности гашишного опьянения А. И. Дурандина (1961) считает, что оно длится от одного до трех часов, И. Н. Пятницкая (1975) — от нескольких часов до нескольких дней. А. Wikler (1971) — от одного до одиннадцати дней. Отмечая, что злоупотребление коноплей может привести к возрас-

танию риска появле
осложнений A. Palsson
ют острое. подросток
хотического состояни
во всех трех группах
аффективных и шиз
со спутанностью и в
Клиническая карт
наблюдавшихся V. R
чем не отличалась
фоне ясного сознани
мышления и восприя
Исследователи в
набизм встречается
ребляют только гаши
сочетая), никогда не
нии гашишных псих
лись в определении
(P. Deniker, D. Ginest
каннабизмом, посту
(1963) заметил, что
встречаются у гаши
отмечается междуна
набисных психозов
рении и в 13 — о
случаев острых ка
H. Diehl (1968) отме
маниакальные при
56% случаев при
ность, в то же вре
бить каннабис
Главное отлич
ренических F
жительность

танию риска появления различных психических осложнений A. Palsson, S. D. Thulin (1982) выделяют острое, подострое и хроническое течение психотического состояния. Клинические черты сходны во всех трех группах и представляли сочетание аффективных и шизофреноподобных синдромов со спутанностью и выраженной агрессивностью.

Клиническая картина психоза всех больных, наблюдавшихся V. R. Thacore (1973), вообще ничем не отличалась от шизофренической — на фоне ясного сознания отмечались расстройства мышления и восприятия.

Исследователи в странах, где хронический каннабизм встречается в чистом виде (больные употребляют только гашиш, ни с чем его прием не сочетая), никогда не сомневались в существовании гашишных психозов, сложности же заключались в определении их нозологической природы (P. Deniker, D. Ginestet, 1969). Исследовав больных каннабизмом, поступивших на лечение, B. Sigg (1963) заметил, что шизофренические психозы встречаются у гашишеманов в два раза чаще, чем отмечается международной статистикой. Из 110 каннабисных психозов в 40 случаях речь шла о шизофрении и в 13 — о хроническом бреде. Среди 560 случаев острых каннабисных психозов B. Defer, H. Diehl (1968) отмечали в 27% онейроид, в 21,5% — маниакальные приступы. Они подчеркивают, что в 56% случаев отмечена психическая дискордантность, в то же время авторы не решаются уподобить каннабисные психозы шизофреническим. Главное отличие каннабисных психозов от шизофренических B. Defer и H. Diehl видят в их непродолжительности. При каннабисных психозах заболе-

вание длится от нескольких дней до нескольких недель.

Пытаясь провести дифференциальную диагностику между шизофренией и каннабисными психозами, W. Bromberg (1934), полагал, что в тех случаях, когда после лечения остается хронический бред, речь шла о шизофреническом процессе. К. В. Маслов и А. К. Стрелюхин (1937), Ф. Ф. Детенгоф (1958) отмечали, что психопатологические явления при остром отравлении анашой напоминают острые вспышки шизофренического психоза, а на фоне хронической интоксикации анашой в ряде случаев развиваются психотические вспышки параноидного характера, весьма напоминающие собой параноидную форму шизофрении. Другими авторами отвергается существование специфических психозов, свойственных лицам, злоупотребляющих гашишем. Наблюдавшиеся психозы у больных ничем не отличались от шизофренических (С. Stefanis, A. Liakos, 1976).

Неоднозначно мнение относительно нозологической значимости массивности интоксикации, предшествовавшей психозу. Считают, что психоз связан с массивным потреблением марихуаны и высокой ее концентрацией в крови (Tokui Tatsuji, 1989). Психоз характеризовался амотивационным и галлюцинаторно-параноидным. С другой стороны, Binitie (1975) сообщает об «интоксикационных» психозах, длившихся до четырех месяцев после однократного курения конопли. Утверждение о том, что гашиш способен вызвать психотическое состояние при однократном употреблении, встречается у И. Н. Пятницкой (1975). Другой тип острой психотической реакции описан у лиц, кото-

рых охватывает выраженная тревога, страх, паника. В таких случаях отсутствует дезориентация, бред, иллюзии или галлюцинации. Так, А. И. Дурандина (1970) указывает, что острое отравление гашишем проявляется страхом смерти. Одновременно или позже развивается гашишный психоз, включающий расстройства сознания типа делирия, сумеречного состояния или оглушения, длительность психоза от нескольких дней до шести месяцев. Из 114 больных мужчин с психическими расстройствами, возникшими в связи с гашишной интоксикацией, описанных А. И. Вавильчевой (1972), у 32 заболевание протекало с шизофреноподобной симптоматикой.

Обследуя больных шизофренией, в анамнезе которых гашишная интоксикация занимала определенное место А. А. Меграбян, В. О. Оганесян, М. А. Мелик-Пашаян (1972) выявили, что в 47% случаев гашишная интоксикация предшествовала манифестации шизофрении. В случаях, когда гашишная интоксикация предшествовала дебюту шизофрении при постепенном развитии психической картины, наиболее ранними проявлениями были выраженные психосенсорные расстройства, пониженное настроение, нарастающая отгороженность. В отдельных случаях отмечался маниакальный аффект с идеями переоценки личности. Дебют шизофрении, манифестирующей в связи с гашишной интоксикацией с клинической картиной, свойственной экзогенному типу реакций, описан С. П. Косаревой (1990), которая отмечает при острой вспышке нарушения сознания типа делириозного и онейроидного, затем снижение фона настроения, психосенсорные расстройства. Такие же

нарушения сознания развивались и у больных шизофренией, продолжающих курить гашиш.

Явную опасность марихуаны для больных шизофренией отметил А. Darold Treffert (1978). Он выявил обострение психотического процесса у больных шизофренией, заболевание которых вне приема марихуаны хорошо поддавалось психотропному лечению. Обострение и ухудшение шизофрении отмечено им даже при употреблении больными небольших доз марихуаны. Отмечая, что марихуана ухудшает течение шизофрении, Р. Knudsen and T. Vilmar (1984) высказали предположение, что существует марихуана-нейролептический антагонизм.

По наблюдениям Р. Г. Илешевой, Н. Т. Измайловой (1988), гашиш обострял эндогенный процесс лишь в ряде случаев, и тогда в гашишном опьянении появлялся острый чувственный бред, как правило, персекуторного характера.

Клинико-катамнестическое исследование каннабисной наркомании проведено в двух группах больных.

Основную группу составили 48 больных каннабисной наркоманией, осложненной шизофренией, мужчины в возрасте от 17 до 28 лет. Большинство больных поступили в возрасте от 18 до 23 лет (рис. 3). Как видно из рисунка 4, к моменту поступления больных длительность употребления конопли — от 1-3 дней до 18 лет. Для 32 больных основной группы конопля явилась первым знакомым наркотическим средством, 1 больной до курения конопли несколько раз «пробовал» эфедрон, 2 — антипаркинсонические средства, 3 — опиаты, 5 — транквилизаторы, 5 — алкоголь. Трое больных

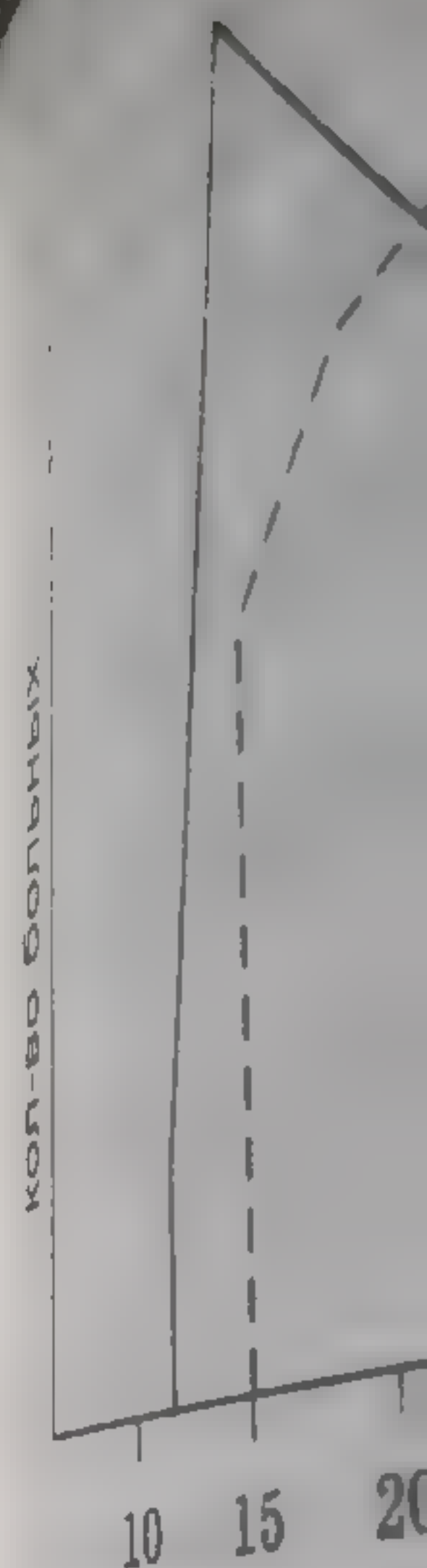


Рис. 3. Распределение групп

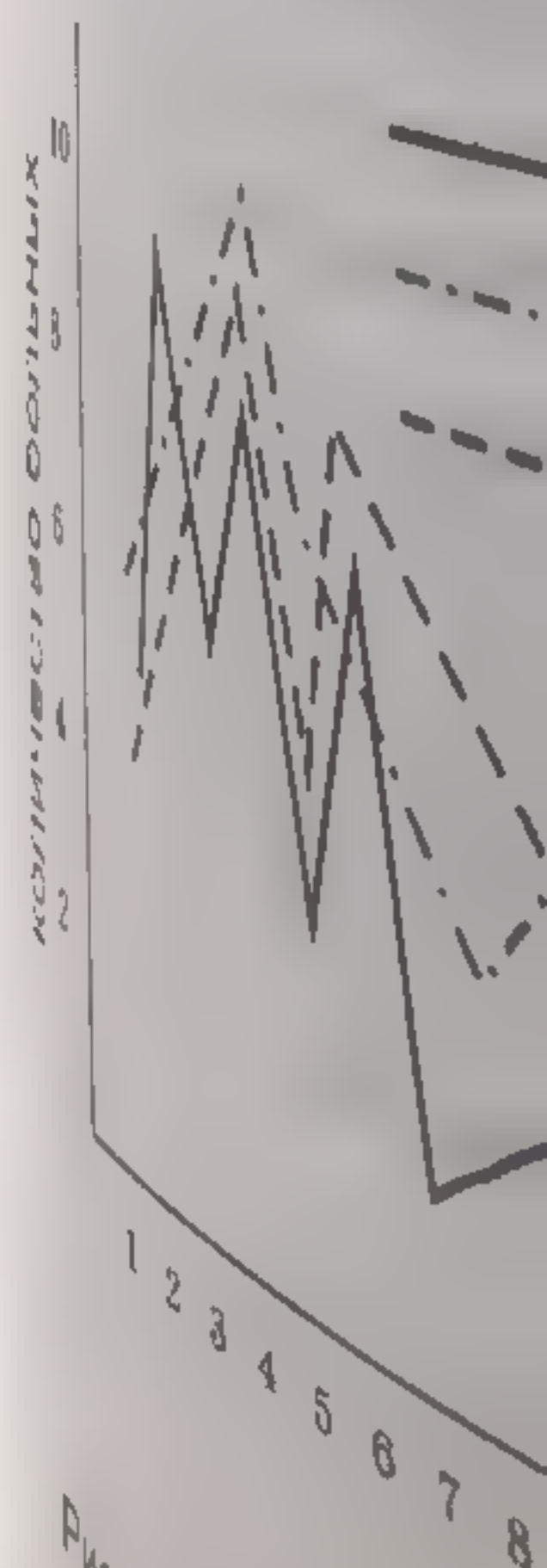


Рис. 4. Распределение длительности употреб

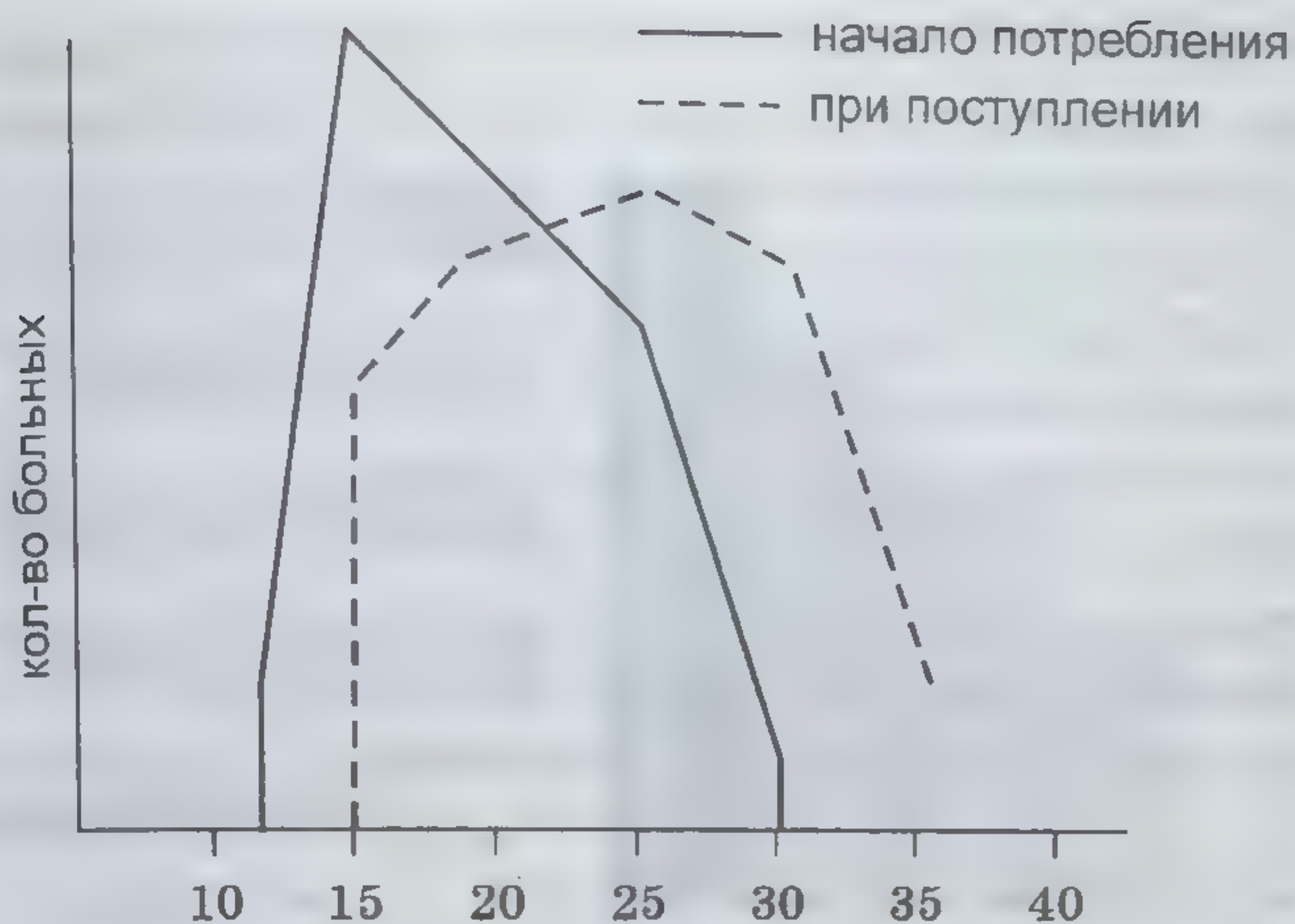


Рис. 3. Распределение больных основной группы по возрасту.

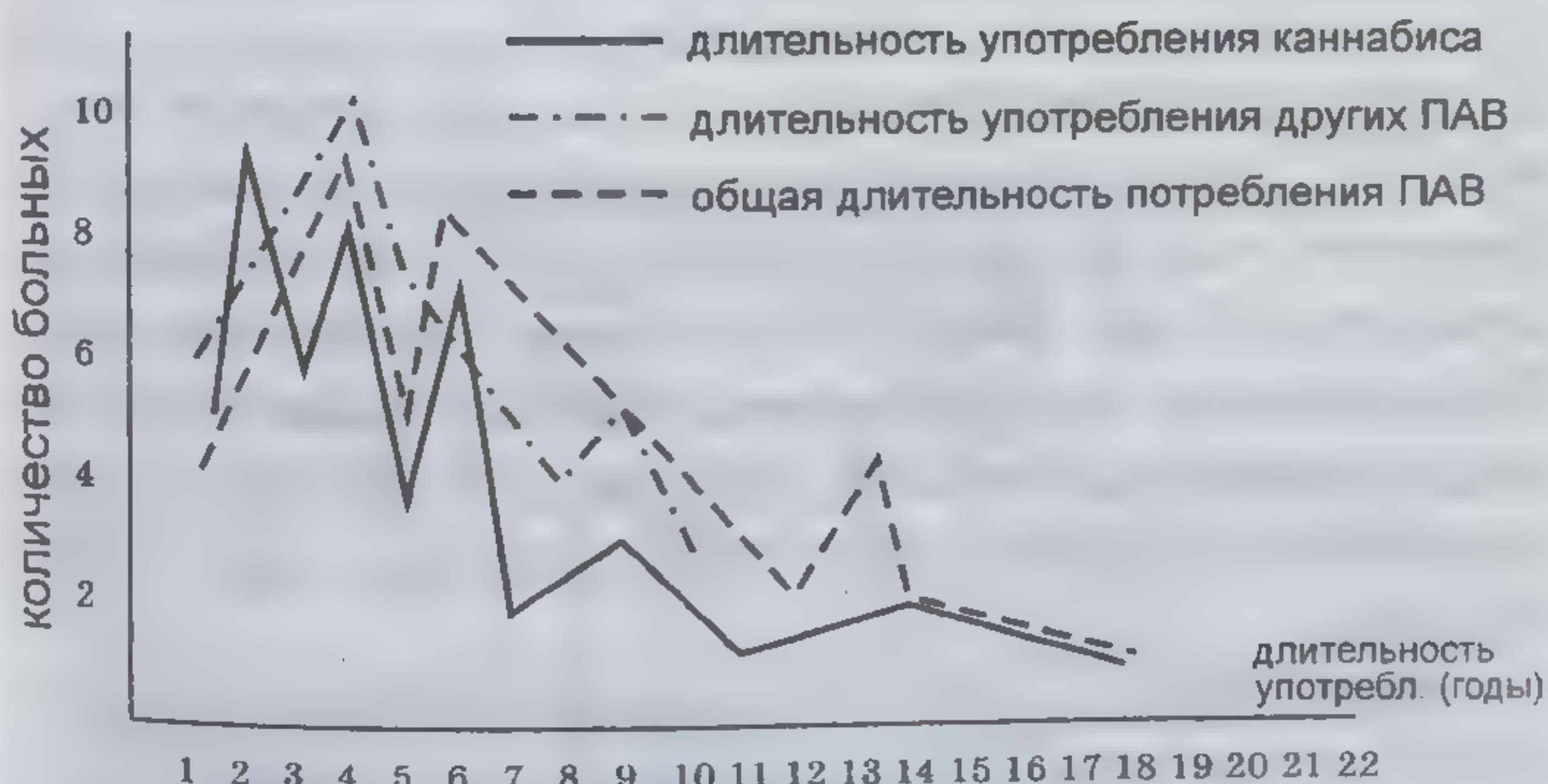


Рис. 4. Распределение больных основной группы по длительности употребления каннабиса и других ПАВ.

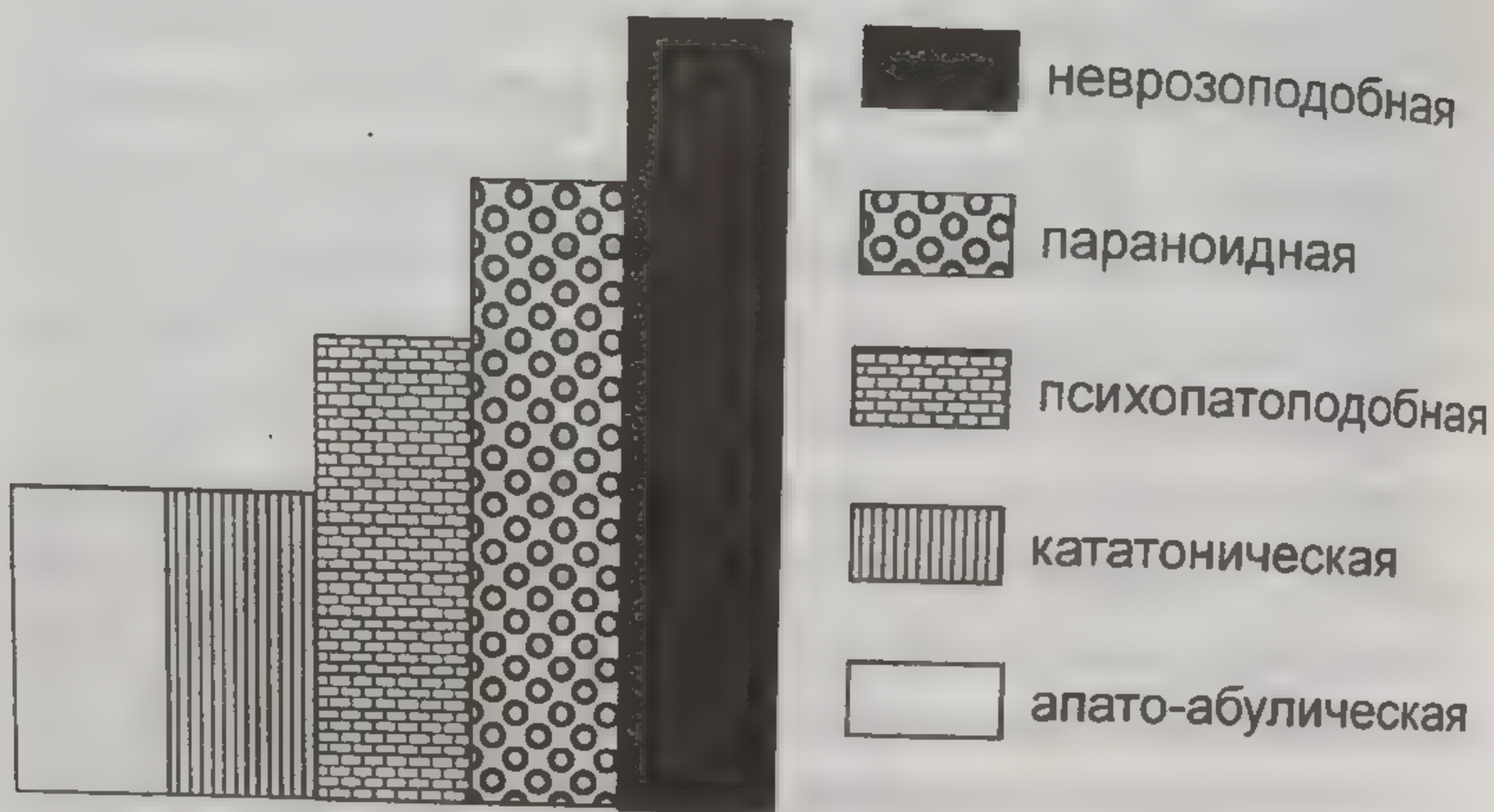


Рис. 5. Зависимости развития каннабисной наркомании от психиатрического диагноза (шизофрения).

сочетали курение конопли с приемом опиатов, четверо — с алкоголем. Преобладающее количество больных (рис. 4) имели длительность потребления конопли от 2 до 4 лет (35 больных), учитывая, что 16 больных до употребления каннабиса имели опыт потребления других ПАВ, общая длительность наркотизации больных основной группы — от 1 до 20 лет.

Контрольную группу составили 30 больных каннабисной наркоманией в возрасте от 15 до 25 лет.

Исследование показало (рис. 5), что употребление конопли связано с высокой долей больных неврозоподобной шизофренией (18 больных) и параноидной шизофренией (13).

Заболевания	Перенесенные	
	Основная группа	абс.
ЧМТ	18	
Гепатит	12	
Заболевания дыхательной системы	11	
Коллагенозы	9	
Венерические заболевания	8	

Наследственная отягощенность в основной группе выявлена в 78% случаев, в контрольной — в 45%. В основной группе отягощенность хроническим алкоголизмом отмечена в 38%, психозами в 25%, психопатиями в 11%, наркоманией в 4%. В контрольной группе — хроническим алкоголизмом в 23%, психопатиями в 17%, психозами в 3%, наркоманиями в 2%. При изучении сопутствующих к перенесенным заболеваниям (табл. 2) наблюдалась более частая заболеваемость дыхательной системы и вен, заболевания у больных контрольной группы ($P < 0,01$).

В преморбиде у больных контрольной группы отмечалась акцентуация отдельных черт характера, которая, однако, не вела к дезадаптации личности и не давала оснований для диагностики психопатий. У трех больных отмечалась застенчивость, робость, неуверенность в себе, некоторая замкнутость, однако указанные особенности не вели к нарушению социальной адаптации.

Таблица 2

Перенесенные заболевания

Заболевания	Основная группа П=48		Контрольная группа П=30		Р
	абс.	%	абс.	%	
ЧМТ	18	37,5	15	50	$> 0,05$
Гепатит	12	25,0	10	33,3	$> 0,05$
Заболевания дыхательной системы	11	22,9	14	46,7	$< 0,05$
Коллагенозы	9	18,7	4	13,3	$> 0,05$
Венерические заболевания	5	10,4	11	36,4	$< 0,01$

Большинство больных каннабизмом, развившимся на фоне непрерывно текущей шизофрении (А. Е. Снежневский, 1983), обращали на себя внимание преморбидной слаженностью характерологических черт. В детстве большинство из них были так называемыми «образцовыми детьми» (Е. Краепелин, 1912). Они не причиняли родителям беспокойства, в детском саду и в школе казались тихими и незаметными, легко соглашались с чужим мнением, производили впечатление добрых, уравновешенных и спокойных детей. Отмечалось отсутствие свойственной детям жизнерадостности: «ничего не радовало в жизни», «спасала только музыка, которую слушал, уединяясь».

Редко наблюдалась холодная враждебность к кому-либо из родителей, чаще отмечалась привязанность к одному из них, проявляющаяся не столько тиранизмом, оппозицией, сколько гротескным эгоцентризмом. Объясняя жестокое отношение к бабушке, к которой был привязан, один пациент говорил: «не бабушка страдает, а я, потому, что я ее люблю». Пубертатный криз искажался за счет преходящей философической интоксикации. Больным не была свойственна пубертатная рефлексия, оппозиция и критицизм. Активный протест, недовольство и отказы заменялись отрешением от всего: Исчезал интерес к общению с родными. Резко менялся характер не только внутрисемейных, но и межличностных отношений. Угасала эмоциональная реакция на сверстников. Утрачивалась способность сочувствовать чужой беде и сопереживать радость. В отличие от типичного течения злокачественной юношеской шизофрении с признаками энергетического дефицита, с отста-

ванием умственного развития, признаками неглубокого олигофреноподобного дефекта отмечались неустойчивость активности, которая постепенно становилась заметной: вялость, безразличие, безучастие на непродолжительное время сменялись необычной для них более высокой активностью, которая затем резко снижалась.

Больные каннабисной наркоманией, развившейся на фоне неврозоподобной шизофрении, в детстве отличались малообщительностью, стремлением к уединению, запойным чтением разнообразных книг без разбора, увлечением философией, религией. Иногда больные указанной группы находились в стороне от других, считали, что во всей школе «они одни были не такими, как все», чувствовали, что чем-то отличаются от всех: «не было единомышленников, ни к кому не мог пристроиться — ни к хулиганам, ни к общественникам», считали, что их никто не любит, причину «нелюбви» видели в том, что они отличались от других. Со школьных лет испытывали неуверенность в себе, тревогу, «я всего опасался, вдруг что-то не так сделаю». Больные ни с кем не делились, ничего о себе не рассказывали, «а вдруг подумают, что я ненормальный».

Появлялось ощущение внутренней измененности, больные утверждали, что стали другими людьми, «мудрее», «рассудительнее», или «озлобленнее». У 11-ти больных отмечались нарушения единства собственного «Я», связанные не только с деперсонализацией, но и с разнообразными патологическими ощущениями: «во мне живет другой человек, лучше, чище и мудрее меня», «иногда я делаю то, что хочу я, а иногда то, что хочет мое

второе «Я», чувствую себя исполнителем его мыслей, прихотей», « во мне живет второе «Я» и всегда что-то подсказывает изнутри, с самих ног поднимается, проходит через все тело, как комок, идет в голову и в голове уже все проясняется». Порой больным сложно разобраться в происшедших переменах: «Иногда трудно понять, где «Я» и где второе «Я», что по его воле исполняется, что по моей или это одно и то же, какой-то маразм, это вроде бы «Я» и в то же время, не «Я». Нередко появлялась двойственность в чувствах и желаниях, выступали негативистические тенденции. У некоторых больных обнаруживалось стремление к разрушительству, причинению зла. Отмечались нарушения влечений, страсть к поджогам, влечение к дурным запахам, они стремились на свалки, помойки.

Согласно анализу ВКБ, у части больных каннабизмом, развившимся на фоне параноидной шизофрении в 14-16 лет появлялись «предчувствия» — тревожное ожидание надвигающейся беды, катастрофы. Временами возникало ощущение, что они «сходят с ума». Устанавливаются расстройства мышления: трудно сосредоточиться, появляется рассеянность, несобранность, наплывы мыслей, чаще «плохого содержания»: «пытаюсь их отогнать, а они все лезут и лезут». Больные ощущали «внутренний разлад» «сомнения в себе», иногда возникали ощущения, что они себе не принадлежат: «как будто я не я», «с логическим мышлением все было в порядке, а чувственное, образное — не принадлежало мне», «какая-то часть моего сознания чужая». Некоторые больные испытывали суицидальные мысли: «устал приспособливаться, ме-

нять шкуру, хотелось все время оставаться самим собой, но это не получалось, поэтому решил, что лучше мне не жить», «окружающая жизнь не устраивала, хотелось другой жизни, в более духовном мире, а раз его не было, то все приятнее и приятнее было думать о смерти». Больные занимались самоанализом, «и тогда как спасение появлялся внутренний голос, который как бы брал интервью, записывая ответы».

У одного из больных гашишной наркоманией, у которого в дальнейшем была диагностирована кататоническая форма шизофрении, в детстве отмечалось заикание, у двоих — навязчивые движения, ночные страхи. У одного пациента в 6-летнем возрасте было «видение»: проснувшись ночью, стал искать своих родителей, войдя в соседнюю комнату, увидел на диване «хвост, рога и копыта», при этом испытал сильный страх.

Трудность контактов со сверстниками, неспособность к сопереживанию, крайняя внутренняя противоречивость мыслей, эмоций, нестандартность увлечений являлись причиной того, что в группе сверстников эти больные держались особняком, одиночество, как правило, тяготило, но приспособиться к другим им было крайне сложно. Иногда эти больные образовывали группы по интересам, достаточно причудливым. Семь больных примкнули к движению «хиппи», среди которых потребление наркотиков было довольно распространенным, несмотря на их миролюбие и проповедь общечеловеческих ценностей. Немало больных увлекались восточной философией и религией, двое причисляли себя к кришнаитам.

Как явствует из табл. 3, важными мотивами потребления наркотиков этими больными были попытки облегчения контактов с окружающими, желание «успокоиться», «снять напряжение», избавиться от мучительных переживаний внутренней раздвоенности, стремление потенцирования внутренних возможностей. Ни у одного больного не отмечена позитивная (по D. Hell, R. Battagay, R. Muhlermann, 1976) мотивация потребления, а лишь негативная, реже нейтральная (для приспособления к окружающим). Иногда больные руководствовались комплексом мотивов. Характер ведущего мотива определялся клиническими особенностями. Так, при преобладании апатоабулических расстройств ведущее значение имели субмиссивный и стимулирующий мотивы (В. Ю. Завьялов, 1981), при выраженной аутичности — атарактический, при апато-депрессивных расстройствах — мотивы гиперактивации поведения. Первым наркотиком, к которому прибегали больные шизофренией, чаще всего была конопля. Шестнадцать исследуемых до знакомства с коноплей «пробовали» различные ПАВ, но состояния опьянения этими веществами «не понравились». При изучении ВКВ данных больных выявляется неоднозначное отношение к аутонаркотизации, оно могло быть негативным: «быть наркоманом унизительно», или сугубо позитивным: «благодаря наркотику живу спокойно», некоторые больные не могли объяснить причину аутонаркотизации. В случае переоценки аутонаркотизации больные создавали специальную установку на увеличение ценности пристрастия, утверждая, что они не такие люди как все, что их жизнь благодаря употребле-

нию наркот
что в глаза
рядные ли
ром. Друг
дался в сл
ных расст
противны
оболочкой

Мотивация
нией (осн

ос

Облегчение
Устранение
Подстегиван
Снятие напр
Остановка м
потока
Возможност
сосредоточи
Устранение
Устранение

Особо
изученик
«терапев
цы 4, эт
типичных
у больны
описанн
ства. У
ственной
ные Р. Г

нию наркотиков получила «четвертое измерение», что в глазах окружающих они предстают как незаурядные личности с обогащенным внутренним миром. Другой вариант оценки наркомании наблюдался в случаях преобладания апато-депрессивных расстройств, когда больные говорили, что противны сами себе, что «под благопристойной оболочкой таится душевная грязь».

Таблица 3

Мотивация потребления конопли больными шизофренией (основная группа) и больными без психических расстройств (контрольная группа)

ОСНОВНАЯ	КОНТРОЛЬНАЯ
Облегчение контактов	Любопытство
Устранение хаоса в голове	Подражание
Подстегивание возможностей	Поднятие настроения
Снятие напряжения	Снятие стресса
Остановка мыслительного потока	Чувство ложного коллективизма
Возможность сосредоточивания	«От скуки»
Устранение тревоги	Реакция эмансипации
Устранение раздвоенности	Для отвлечения

Особое внимание в исследовании отводилось изучению картин наркотического опьянения и их «терапевтической ценности». Как видно из таблицы 4, эти картины значительно отличаются от типичных состояний наркотических интоксикаций. У больных контрольной группы мы не наблюдали описанные в литературе психосенсорные расстройства. У больных непрерывно-текущей злокачественной шизофренией мы не наблюдали описанные Р. Г. Илешевой (1988) состояния блаженства,

повышенной яркости восприятия, как в первой фазе действия конопли, так и в последующих. Иногда в каннабисном опьянении у больных указанной формы шизофрении появлялись мысли о повышенных возможностях (6 больных), но без той эмоциональной насыщенности, которая наблюдалась у больных контрольной группы. В отличие от больных контрольной группы, в основной группе лишь иногда в каннабисном опьянении отмечалось повышенное настроение (8 больных), его амплитуда всегда была значительно ниже, чем у больных контрольной группы. У больных основной группы отмечался насильственный аффект, напоминающий моторные автоматизмы при шизофрении, хотя для шизофрении характерны моторные акты неаффективного содержания (К. Н. Пятницкая, 1975).

В первые 5-10 минут после приема конопли у некоторых больных появлялся страх смерти, чувство «проваливания в недра земли», сопровождающийся страхом. У двух больных появлялись не наблюдаемые ранее насильственные движения в конечностях, скандированная, прерывистая речь; любопытно, что указанные явления усиливались при приближении людей, (больные курили в парке). Такое состояние длилось около часа-двух, у одного больного был страх, что «таким» он останется навсегда, и его навечно поместят в психиатрическую больницу.

Наиболее часто наблюдаемыми расстройствами при каннабисной интоксикации в указанной группе больных были явления: дереализации, деперсонализации: «ощущал себя духом, парящим над своим телом», «не чувствовал своего тела,

Дифференциация
каннабисом у
безКлинические
проявленияРасстройства
восприятияЭмоциональные
расстройстваДвигательные
расстройстваРасстройства
мышленияРасстройства
сознанияиногда видел л
Эти состояния д
которого трети
первый приступ
рит в воздухе»,
Любопытен с
и до интоксика
деперсонализа
конопли они ста
стными, исчеза
голова находито

Таблица 4

**Дифференциальная диагностика опьянения
каннабисом у больных шизофренией и у больных
без психических расстройств.**

Клинические проявления	Основная группа	Контрольная группа
Расстройства восприятия	дереализация деперсонализация расстройство схемы тела	гиперстезия иллюзии
Эмоциональные расстройства	подавленность насильственный аффект	повышенное настроение (эйфория), немотивированный смех
Двигательные расстройства	насильственные движения (роботоподобные)	нарушение координации
Расстройства мышления	непоследовательное, соскальзывающее, символическое, вычурное, персекуторные идеи	ускоренное бред преследования бред отношения
Расстройства сознания	сумеречное расстройство, галлюцинаторная спутанность	выраженная сонливость, оглушение

иногда видел лишь свое лицо или тело до пояса». Эти состояния длились секунды. Другой больной у которого третий прием конопли спровоцировал первый приступ шизофрении, чувствовал, как «парит в воздухе», «водил руками как крыльями».

Любопытен факт, что в тех наблюдениях, когда и до интоксикации коноплей больные переживали деперсонализационные состояния, после курения конопли они становились субъективно менее тягостными, исчезало ощущение насильственности: голова находится в нескольких состояниях сразу»,

«ощущаешь, что у тебя несколько голов, из них несколько находятся в материальном мире, несколько — в космосе, в голове несколько мыслей одновременно, можешь испытывать несколько разных ощущений, но это не тяготит, так как есть уверенность, что в любой момент можно прекратить это состояние». У всех больных с деперсонализационными расстройствами в опьянении исчезали тягостные, мучительные переживания раздвоенности, «второе «Я» исчезало», «гашиш глушил его», «иногда второе «Я» присутствовало, но ненавязчиво, едва заметно», «Я» и мое второе «Я», мы оба пребывали в ином мире, где все было спокойнее».

Каннабисное опьянение парадоксальным образом улучшало возможность сосредоточения у больных шизофренией, хотя иногда эта возможность просто субъективно преувеличивалась: «если хочешь, можешь сосредоточиться». Во всех наблюдениях состояние гашишной интоксикации переносилось больными легче, чем обычное, что связано с тем, что гашишное опьянение гасило остроту психосимптоматики: «хаос мыслей если и не исчезал, то не беспокоил из-за уравновешенности состояния», «иногда исчезали мыслительные импульсы, хотя сама мысль текла, мысли становились независимыми», «исчезало ощущение воздействия на мысли». Появлялось «аналитическое состояние ума», «мир становился таким же реальным, как мысли, которые раскрепощались». Иногда больные видели себя со стороны, но это не сопровождалось «жутью», как прежде. Некоторые больные ощущали чье-то обращение к ним. Иногда впервые появлялись оклики, либо учащались.

Часть больных идентифицировала себя с животными, растениями. Мы не наблюдали зрительные расстройства восприятия в гашишном опьянении у больных основной группы, расстройства восприятия носили иллюзорный характер и относились больше к слуховой сфере. У больных появлялись идеи преследования отношения: «иногда испытывал страх, боялся попасть под машину, так как это могли подстроить», «внутренне был убежден, что за мной гонятся». Эти идеи были нестойкими и проходили вместе с интоксикацией.

В случаях, когда гашишная интоксикация предшествовала манифестации шизофрении, при постепенном развитии психотической картины наиболее ранними проявлениями были выраженные психосенсорные расстройства, ипохондрические жалобы на фоне пониженного настроения, снижение трудоспособности, нарастающая отгороженность, раздражительность. В некоторых случаях отмечался гипоманиакальный аффект с идеями переоценки личности.

Нам не удалось проследить наличие какого-либо ритма потребления гашиша больными, отмечались как длительные эксцессы, так и внезапные прекращения наркотизации, спонтанные ремиссии (рис. 6) у 27 больных — до шести месяцев; у 21 — до года, у 19 — до трех лет, у 9 — до шести лет (табл. 5).

Наиболее интенсивное потребление гашиша отмечалось в инициальном периоде шизофренического процесса. Следует отметить, что ни у одного больного не наблюдались какие-либо признаки физической зависимости от конопли; это не говорит о том, что все пациенты могли бы или

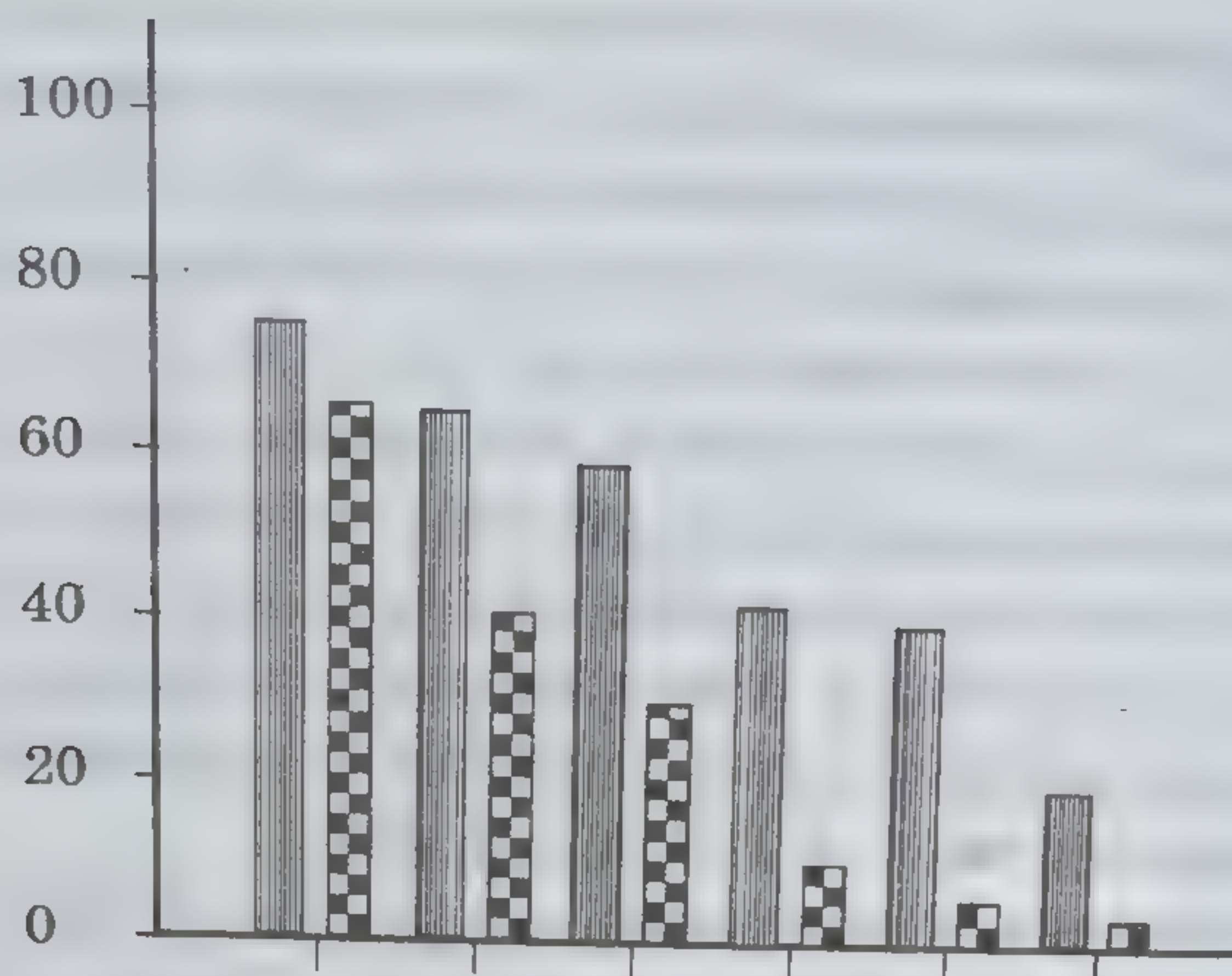


Рис. 6. Ремиссии у больных каннабисной наркоманией.

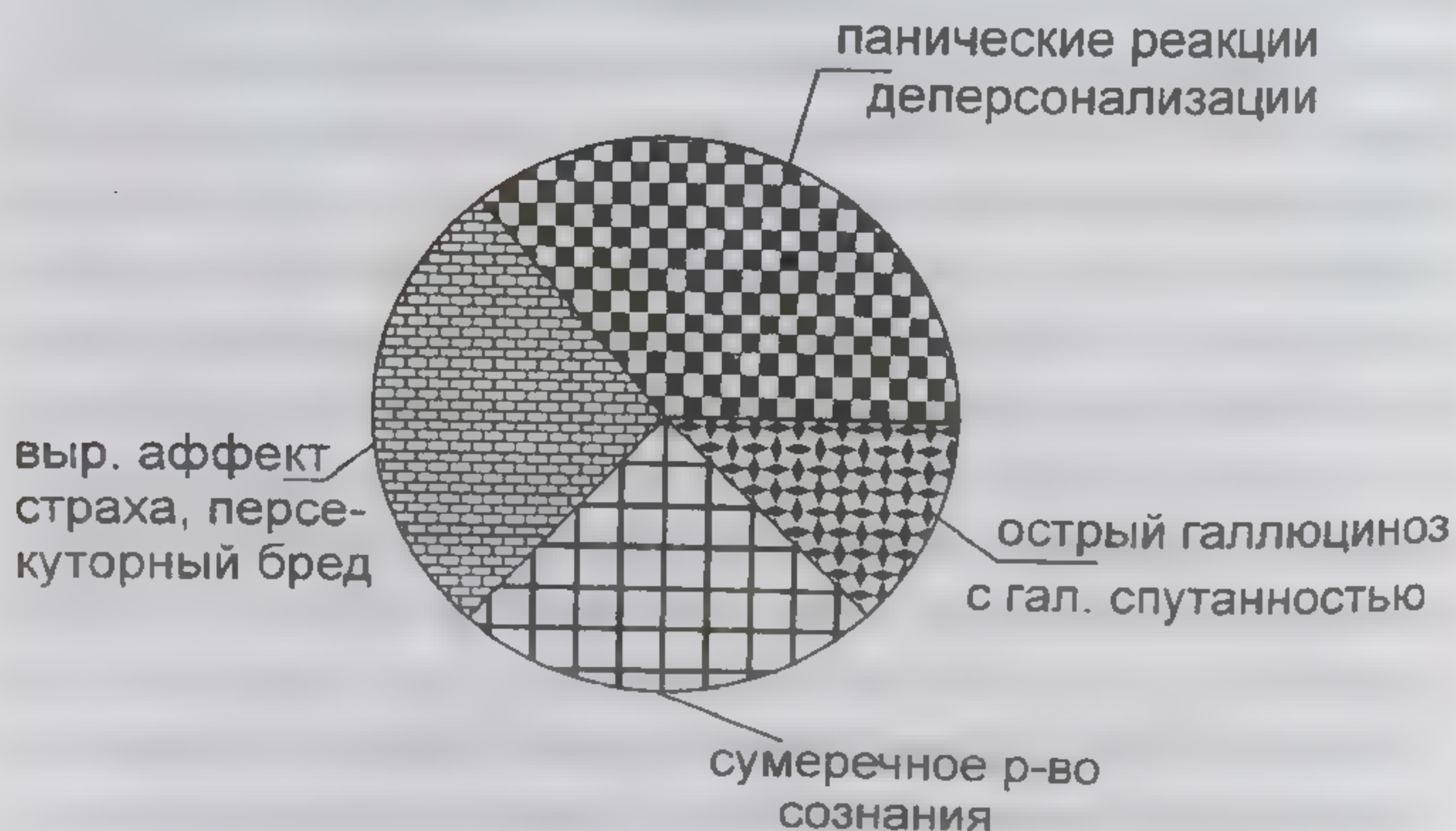


Рис. 7. Психотические расстройства, связанные с однократным потреблением конопли у больных шизофренией.

желали отказаться
ней причины. Но
ким обозначени

у больн

Всего больных	Осно
Ремиссии	абс.
до 1 мес	35
до 3 мес	31
до 6 мес	27
до 1 года	21
до 3 лет	19
до 6 лет	9

В случае,
ноплю после
сий, пристра
снижением э
их пассивны
желанием из
мыслей. Во
у всех больн
обострение
приводило к
Наше ис
И. В. Стрел
кают лишь
нопли. В во
ванных, раб

желали отказаться от курения конопли без внешней причины, но это являлось скорее символическим обозначением определенного образа жизни.

Таблица 5

**Частота ремиссий
у больных каннабисной наркоманией**

Всего больных	Основная группа П = 48		Контрольная группа П = 30		Р
	абс.	%	абс.	%	
Ремиссии					
до 1 мес	35	72,9	19	53,4	> 0,05
до 3 мес	31	64,5	12	40,6	< 0,05
до 6 мес	27	56,2	9	30	< 0,05
до 1 года	21	43,7	2	6,6	< 0,01
до 3 лет	19	39,5	1	3,3	< 0,01
до 6 лет	9	18,2	1	3,3	< 0,01

В случае, когда больные начинали курить коноплю после дебюта шизофрении в период ремиссий, пристрастие к конопле объяснялось не только снижением эмоционально-волевой активности и их пассивным подчинением окружающим, но и желанием избавиться от неприятных ощущений и мыслей. Во время спонтанных ремиссий отмечено у всех больных в меньшей или большей степени обострение основной симптоматики, что нередко приводило к возобновлению приёма конопли.

Наше исследование не подтверждает мнение И. В. Стрельчука (1970) о том, что психозы возникают лишь на фоне длительного потребления конопли. В восьми случаях у социально адаптированных, работающих индивидуумов, впервые вы-

раженные психические расстройства появились после однократного курения конопли (табл. 6).

Таблица 6

Психотические расстройства, вызванные однократным потреблением конопли (основная группа)

Ведущий синдром	Кол-во больных	Форма шизофрении, установленная при повторном поступлении	
Панические реакции, деперсонализация, дереализация	3	простая невротическая	параноидная
		2	1
выраженный аффект страха, персекуторный бред	2	кататоническая	параноидная
		1	1
сумеречное расстройство сознания	2	кататоническая	параноидная
		1	1
острый галлюциноз с галлюцинаторной спутанностью	1	параноидная	
		1	

В контрольной группе не было ни одного случая развития психотических расстройств после однократного потребления конопли.

В таблице 6 в убывающем порядке представлены острые психозы, появившиеся у пациентов основной группы в момент опьянения. Длительность психозов от шести дней до двух месяцев. Чаще всего отмечался панический страх в сочетании с синдромом дереализации, расстройством самосознания целостности, переживаниями внутреннего раздвоения, сосуществования двух несогласованных, враждующих «Я», ощущением внутренней измененности (рис. 7).

В одном из наблюдений при поступлении больной испытывал ощущение, что он «мертв изнутри», отсутствовало ощущение собственного тела, собственного веса. Это состояние длилось шесть дней. Месяц спустя больной перенес простудное заболевание, которое длилось недели. После выздоровления он вновь пережил те же ощущения, которые испытал после курения конопли. В связи с нарастающим беспокойством, бессонницей был госпитализирован. При поступлении утверждал, что его жена ведьма, читает его мысли, считал, что «на этом свете он не существует», «изнутри получал различные приказания». В отделении развернулся параноидный синдром с психическими автоматизмами, выписан через три месяца. Остальные больные также испытывали состояние деперсонализации, беспокойства; один больной утверждал, что он может подняться в воздух, проткнуть рукой стену. Больные сообщали о «наведенных» «мыслях», заставляющих их выполнять различные действия. Четверо больных отрицали наличие обманов восприятия. В одном наблюдении мужчина, тревожно-мнительный в преморбиде, после употребления конопли являл собой больного с тяжелыми навязчивыми проявлениями, лечился пять месяцев в стационаре, однако и после выписки не смог вернуться к обычной трудовой деятельности.

В одном из наблюдений, когда после однократного курения конопли развернулся психоз ужаса со страхом сойти с ума, быть помещенным навечно в психиатрическую больницу, вторичным аффективным бредом персекуторного характера, слуховыми обманами аффект страха сохранялся на протяжении двух месяцев. Отмечалась значитель-

ная резистентность к терапии. Больной выписан через пять месяцев, не возобновляя прием конопли вновь поступил в стационар через шесть недель. При повторном поступлении отмечались кататоно-гебефренные расстройства без синдромальной завершенности.

Таблица 7

Психические расстройства, связанные с приемом конопли при каннабисной наркомании (контрольная группа)

Психические расстройства П = 30	Количество наблюдений		Р
	абс.	%	
I При острой интоксикации:			
А. 1) эйфория, экстаз, повышенное восприятие чувственных впечатлений	15	50	> 0,05
2) повышенное настроение	10	33,3	< 0,01
3) тревога, страх	5	16,7	> 0,05
В. при выраженной интоксикации:			
1) иллюзорное восприятие	2	6,7	> 0,05
2) сужение сознания	3	10	< 0,01
3) оглушение	16	53,3	< 0,05
4) выраженная сонливость	9	30	< 0,01
II Протрагированные психозы			
1) постинтоксикационная депрессия	6	20	> 0,05
2) делирий	3	10	> 0,05
3) психоорганический синдром	5	16,7	> 0,05

Из восьми наблюдений три психоза имели начало по экзогенному типу (2 — сумеречное помрачение сознания, 1 — галлюцинаторная спутанность), что затрудняло дифференциальную диагностику. Наследственность, отягощенная психозами, отмечается в двух из восьми наблюдений. Представляется, что конопля действовала как «преципитиру-

«ускоряющий» (ускоряющий) фактор в развитии декомпенсации у этих лиц.

В двух наблюдениях, тогда клиническая картина острого психоза опьянения характеризовалась помрачением сознания по типу сумеречного с выраженным аффектом страха, острым образным бредом, галлюцинозом, экзогенные расстройства прошли через два-три дня, уступая место развернувшемуся в одном наблюдении кататоническому наблюдению, а в другом — параноидному синдрому с идеаторными автоматизмами.

Как видно из табл. 7, мы не отмечали у больных контрольной группы наличие какого-либо психоза из вышеперечисленных. При выраженной интоксикации нами отмечено в трех наблюдениях сужение сознания, иллюзорное восприятие окружающего в двух наблюдениях (рис. 8). Характерным для больных контрольной группы при передозировке было оглушение, сонливость. При острой интоксикации эйфории, повышенное восприятие чувственных впечатлений встречаются одинаково часто ($P > 0,05$) и достоверно чаще, чем сонливость (рис. 9). При выраженной интоксикации иллюзорное восприятие и сужение сознания встречаются одинаково часто ($P > 0,05$). Наиболее часто встречается оглушение ($P < 0,01$). Несмотря на то, что в процентном выражении сонливость несколько ниже, чем оглушение, статистически они одинаковы ($P > 0,05$). Как видно на рисунке 7, постинтоксикационная депрессия, делирий, психоорганический синдром при протрагированных психозах встречаются с одинаковой частотой ($P > 0,05$). Пять больных, находившихся в отделении с диагнозом «интоксикационный гашишный психоз» имели сходную клиническую картину

Количество наблюдений		
абс.	%	
15	50	>0,05
10	33,3	<0,05
5	16,7	>0,05
2	6,7	>0,05
3	10	<0,05
16	53,3	<0,05
9	30	<0,05
6	20	>0,05
3	10	>0,05
5	16,7	>0,05

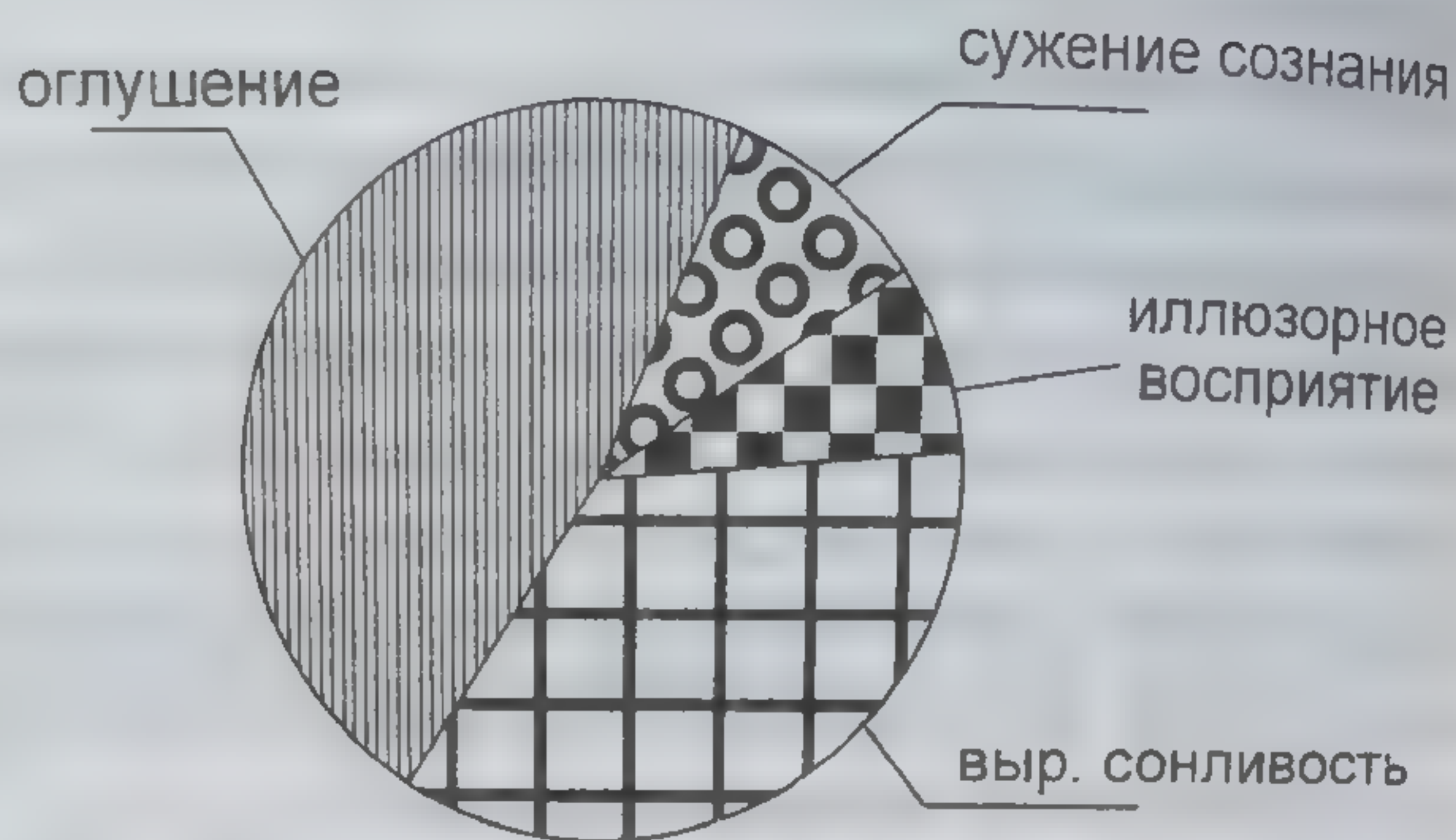


Рис. 8. Психотические расстройства, вызванные выраженной интоксикацией коноплей у больных контрольной группы.

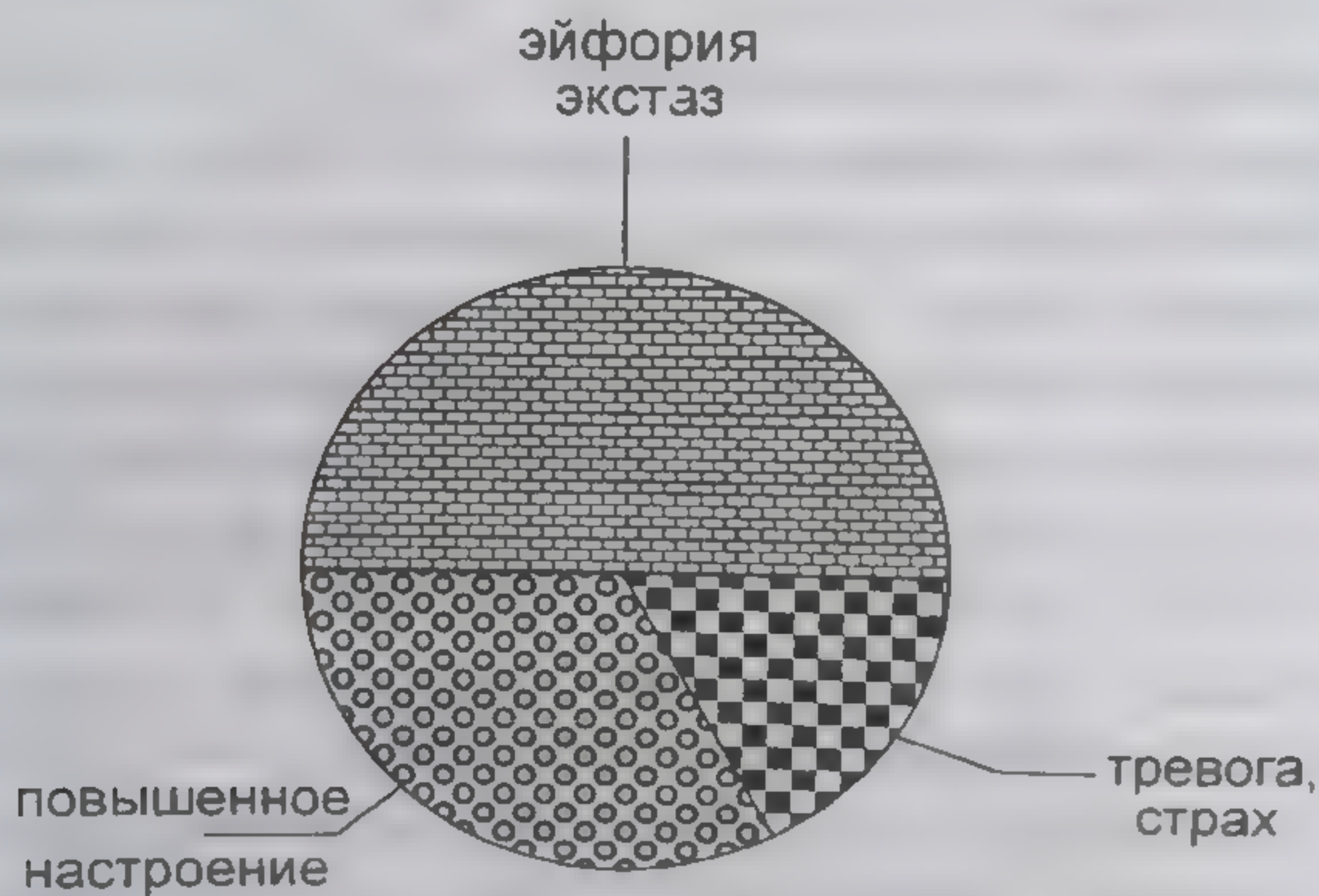


Рис. 9. Психические расстройства, вызванные острой интоксикацией у больных контрольной группы.

ну — 2-4-суточный ундулирующий психоз с яркими, разноцветными микро- и макроптическими зрительными обманами, элементами тактильного галлюциноза, аутоскопией, психомоторным возбуждением, идеями преследования. Эти больные включены нами в контрольную группу, несмотря на то, что трое из них употребляли коноплю вместе с семенами белены, двое с паркопаном.

Не пытаясь рассуждать о том, существует ли химически «спровоцированная шизофрения», сообщим, что кроме этих восьми наблюдений, когда шизофренические психозы появились после однократного потребления конопли у наблюдаемых нами больных с длительностью потребления ее от месяца до 18 лет психические расстройства были прямо связаны именно с этим, конопля играла, вспомогательную, но важную роль мобилизующего агента. Речь, таким образом, идет о «мобилизованной» шизофрении. У четырех больных интоксикация коноплей действовала как патопластический агент, стала частью параноидных переживаний, что, в свою очередь, привело к прекращению употребления данного вещества.

За исключением случаев острой интоксикации, выявление психопатологии, вызванной коноплей, требует тщательного обследования пациента. Постановка диагноза становится еще более сложной из-за полиморфности симптомов, которые могут появиться под влиянием употребления конопли. Возможно, постановка диагноза легче в странах, где употребление конопли открыто и обычно. Из 78 наблюдаемых больных лишь у 37 имелись симптомы, прямо повлиявшие на их госпитализацию. Из этих 37 больных шесть были распознаны в

чалась постинтоксикационная легкая депрессия. Психоорганический синдром с отсутствием инициативы, адинамией, молчаливостью, сонливостью, иногда раздражительностью, отмечался в контрольной группе в 27% наблюдений, в двух из них психоорганический синдром развился после перенесенного интоксикационного делирия.

Таблица 8

Психические расстройства, связанные с приемом конопли при каннабизме у больных шизофренией (основная группа)

Психические расстройства П = 30	Количество наблюдений		Р
	абс.	%	
I. При острой интоксикации:			
1) панические реакции	3	6,3	> 0,05
2) психозы ужаса	2	4,2	> 0,01
3) сумеречное помрачение сознания	2	4,2	> 0,05
4) острый галлюциноз с галлюцинаторной спутанностью	1	2,1	> 0,05
II. Протрагированные психозы:			
1) спровоцированный коноплей шизофренический психоз	23	47,9	< 0,01
2) шизофренический психоз, мобилизованный коноплей	11	22,9	< 0,05
3) отягощенный коноплей шизофренический психоз:	206	41,7	< 0,05
а) прием наркотика совпадает с психозом	9	18,80	< 0,05
б) прием наркотика как симптом психоза	11	22,9	> 0,05
III. Психоз вследствие отнятия конопли	43	89,6	> 0,05
IV. Эхопсихозы	5	10,4	> 0,05

Большой полиморфизм и сложность психозов отмечены у больных основной группы. Каннабисная интоксикация привносила как в дебют шизоф-

рении (в случаях спровоцированного процесса), так и в клиническую картину последующих приступов (в случаях, если прием конопли не прекращался) экзогенную окраску, усложняющую дифференциальную диагностику. Манифестные синдромы представляли переплетение дереализационных, деперсонализационных расстройств, обманов слухового восприятия, как первичного бреда, так и острого чувственного, с аффективными расстройствами, характерными расстройствами мышления, протекающие в 19-ти наблюдениях (39%) на фоне расстроенного сознания — аменции, делирия, онейроидного помрачения сознания, сумеречного расстройства сознания, спутанности сознания. По нашим наблюдениям во всех случаях экзогенный фасад отступал через 1-4 дня после лечения, обнажал характерную эндогенную симптоматику.

Приводим следующее клиническое наблюдение:

Больной И., 29 лет житель г. Кишинева поступил впервые в 7 н. о. РНД (Республиканский наркологический диспансер) 05.11.1989, выписан 28.01.1990.

Наследственность отягощена хроническим алкоголизмом отца.

Родился вторым ребенком в семье. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. По характеру был спокойным, недоверчивым, близких друзей не имел. В школу пошел вовремя, успевал средне. В третьем классе появились «мгновения», когда казалось, что он не он, а другой человек, сомневался в том, что присутствует в пространстве, бывало ощущение, что тело на месте, а внутреннее «Я» где-то рядом. С 13 лет появились эпизоды пониженного настроения. Задумываясь о

смысле жизни, пришел к выводу о ее бессмысленности, но» приходилось» жить из-за давления «чужих сил». Испытывал наплывы мыслей, хаос, напряжение в голове. Иногда видел себя со стороны. Через несколько лет понял, что себе не принадлежит, почувствовал, что находится под чьим-то наблюдением, ощутил, как «какие-то волны» пытались оказать на него воздействие, заставляя совершать непонятные поступки. Испытывал ощущение надвигающейся беды, появился «дар предвидения» — предвидел свои дальнейшие поступки. Окончил 10 классов, водительские курсы. Отслужил в армии полный срок. После демобилизации проживает с матерью, работает водителем. Не женат.

Курит с 10 класса, по 1 пачке сигарет в день. С 27 лет курит коноплю, с его слов — не чаще 1-2 раза в месяц. Под действием конопли появлялось чувство необычности окружающих предметов, которые воспринимались более четко, ярко, отдельно, не сливаясь. Якобы становился внимательнее, рассудительнее, собраннее. 4. XI. 1989 выкурив коноплю, почувствовал головокружение, затем через несколько минут появились фрагментарные зрительные обманы, слуховые, ощутил воздействие сил «Добра» и «Зла» которые исследовали, изучали его. До обеда следующего дня находился в состоянии выраженного психомоторного возбуждения. Успокоившись, уснул на несколько часов. К вечеру вновь стал беспокойным, испытывал сильный страх, вновь почувствовал, как силы «Зла» стали изучать его. Мать, заметив неадекватное поведение сына, вызвала «Скорую помощь», которая доставила больного в отделение.

Соматоневрологический статус больного при поступлении без особенностей. АД 130/30 мм. рт. ст. Пульс 83 ударов в 1 мин.

Психический статус: при поступлении был ложно ориентирован в окружающем, отмечалось психомоторное возбуждение, сопровождающееся страхом, многоречивость. Взгляд блуждающий. К вечеру стал растерянным, речь непоследовательной, бессвязной, прерывалась то смехом, то всхлипыванием, усилилось двигательное возбуждение в пределах постели, часто вздрагивал, вскрикивал. Уснул к утру. На второй день больной был астенизирован. Во время беседы на третий день был в ясном сознании. На вопросы отвечал неохотно, односложно, но удалось выяснить, что 4. XI.89, выкурив коноплю, почувствовал себя плохо, ушел домой. Дома ощутил действие «Кашпировского», «в голову полезли идиотские мысли». К вечеру «заговорила совесть», начал вспоминать обиженных им девушек, которых любил меньше, чем они того заслуживали. Сидя в темноте, вдруг ощутил на себе чей-то взгляд и увидел глядящую на него в упор пару больших глаз: «взгляд был добродушным, но строгим». «Одни глаза уходили, пара других незнакомых глаз появлялась». «Услышал» неясные звуки, стуки, смысл которых был ему понятным: «нашли, кого искали». Испытывал сильный страх, поняв, что за ним «пришли», «осознал» свою обреченность, стало жалко мать: «она не перенесет мою смерть», тогда же услышал ее крик. «Услышал» как утешение голоса других, «добрых» сил издалека; из эфира, из космоса различные пiski, визги животных, дельфинов. Понял, что с ним вступили в контакт космические силы, кото-

рые хотя и контактировали закодированно, были понятны ему. Они» «подготовили желание взлететь» и тогда он вылетел из комнаты через закрытое окно и парил в пространстве, видя при этом свое лежащее внизу тело. Вернувшись в комнату, «почувствовал» давление на мозг, означавшее, что об этом никому нельзя говорить. Уходя, «они» сказали, что вскоре вновь найдут его. Тут же «подключились силы Зла», для которых он был предметом исследования и начали «выкачивать информацию». Во время беседы заявил, что у него внутри есть ценная информация, но она сжата и ему некогда «развивать» ее. Если бы он открыл «им» свою тайну, то стал бы безоружным, и тогда ему незачем было бы жить. Говорит, что не стал бы обо всем рассказывать врачу, так как «они» запретили, но «узнал» глаза врача, которые присутствовали в его комнате среди других глаз и понял, что врач и так осведомлен. Представители второго лагеря тоже ушли, и тогда появились «земные наблюдатели». Обострилась борьба с совестью, вспоминал свои неверные высказывания, поступки, опасался, что это станет известно милиции и за ним приедут из РОВД. От стен, отовсюду чувствовал «давление». Заметил, что под окнами ходили «подозрительные» люди, которые всё вынюхивали, следили, но «на кого они работали, было непонятно». До утра не смог уснуть, оставался в напряжении, «стал прокручивать в голове все, что произошло», думал о воздействии двух сил — Воды и Огня, Добра и Зла, старался понять, чью сторону ему необходимо принять, чтобы правильно выбрать свой путь. Пришел к выводу, что «летать лучше», поэтому необходимо принять сторону

Космических, Добрых сил. Для этого старался изменить внимание, поведение. К вечеру второго дня «всё началось сначала», силы «Зла» вновь вступили в контакт, пытаюсь его познать. Вопреки противостоянию больного насильно читали его мысли: «они выкачивали информацию, фиксируя мысли, я же пытался всё время думать об одном и том же, но они твердили: «это мы уже знаем, давай дальше». «Они» пригрозили, что если не будет отвечать на вопросы, то попадет в милицию, таким образом, они продолжали продвигаться вглубь знаний больного, которому при этом было жутко. Когда приехала «Скорая помощь» больной» понял», что это были сторонники космического лагеря. Однако по дороге в больницу среди них обнаружил и сторонников «плохого» лагеря. Одновременно «ощущал» мысли, посылаемые космическим лагерем о том, как отличать плохих людей от хороших. Будучи в отделении, среди больных «находил» приверженцев разных лагерей.

Больной осмотрен доцентом кафедры психиатрии. Заключение: В пользу шизофрении говорят неоднократные abortивные эпизоды деперсонализации в детском возрасте. В структуре манифестного психоза наряду с бредом преследования — элементы Кандинского-Клерамбо с доминированием идеаторных автоматизмов. Структура расстроенного сознания, расцененная как делириозно-аментивная на основании последующего расспроса представляется не вполне ясной, так как обнаружались симптомы, характерные для онейроидности (бред интраметаморфоза, манихейский бред).

Поскольку больной
диагноз: Перенес инто
лириозно-аментивный
тамнез для исключен
шизофрении.
Катамнез: Больно
в состоянии выражен
дения, отмечались э
ванное мышление. Е
ческой формы шизоф
кого возбуждения. Ка
у больного с насле
преморбиде отмеча
идеаторные и тимич
однако, к дезадапта
ние конопли через
нию сложного пси
сознания. Экзогенн
суток. Повторное г
нии кататоническо
о мобилизации ко
хоза. При повторн
рении не вызывал
Нами отмечен
которых болезнь
щему лечению,
ухудшению забо
щих конопли, с
нии, даже в слу
цесса вне пр
пациенты
умеренны
заболев
для бо

Поскольку больной злоупотреблял гашишем, диагноз: Перенес интоксикационный психоз. (Делириозно-аментивный синдром). Необходим катамнез для исключения кататонической формы шизофрении.

Катамнез: Больной поступил через три месяца в состоянии выраженного психомоторного возбуждения, отмечались эхоталлия, эхопраксия, разорванное мышление. Выставлен диагноз кататонической формы шизофрении, синдром кататонического возбуждения. Как видно в данном наблюдении, у больного с наследственной отягощенностью в преморбиде отмечались деперсонализационные, идеаторные и тимические расстройства, которые, однако, к дезадаптации не приводили. Потребление конопли через два года привело к возникновению сложного психоза на фоне расстроенного сознания. Экзогенный фасад отступил через двое суток. Повторное поступление больного в состоянии кататонического возбуждения свидетельствует о мобилизации коноплей шизофренического психоза. При повторном поступлении диагноз шизофрении не вызывал сомнения.

Нами отмечено, что у больных шизофренией, у которых болезнь хорошо поддается поддерживающему лечению, потребление конопли приводит к ухудшению заболевания. У больных, потребляющих коноплю, отмечалось обострение шизофрении, даже в случаях благоприятного течения процесса вне приема конопли. Каждый раз, когда пациенты возобновляли прием конопли даже в умеренных количествах, происходило обострение заболевания. Наши наблюдения показывают, что для больных шизофренией, у которых болезнь

хорошо контролируется с помощью лекарственных средств, использование конопли представляет очевидную опасность, независимо от вовлеченности наркотика в ее начало. Наши больные сами отмечали четкую связь между употреблением конопли и рецидивом психоза, из-за чего пытались воздерживаться от приема наркотика. Однако во время депрессий после больших психотических эпизодов или для восстановления взаимоотношений больные испытывали соблазн употребить коноплю. Именно на врача лежит ответственность предупреждения больных шизофренией о том высоком риске, которому они подвергаются при употреблении конопли, о возможности неблагоприятных связей между их болезнью и потреблением наркотика.

Представляется, что к тем, кто подвержен риску, следует также причислить лиц, страдающих эмоциональными расстройствами, переживающие стрессовый период.

Нами отмечено ухудшение существующих у больных так называемых «позитивных» проявлений болезни — расстройств мышления, обманов восприятия. Следовало бы ожидать ухудшение и «негативной» симптоматики. Вероятно, в связи с тем, что симптомы, связанные с «выпадением» и «ущербом», меньше привлекают внимание клиницистов, так или иначе, но взаимоотношение конопли — негативные симптомы мало освещены (J. Negrete, 1986). Отмечается лишь «потенцирование» коноплей параноидных расстройств.

Нами отмечена у наблюдаемых больных относительная доступность при некоторой их эмоциональной холодности, обращенность к жизни, удов-

летворительная адаптация. Вялость, эмоциональная тупость, неадекватность не развиваются, либо мягко выражены. Воздержание от приема конопли приводило к улучшению и стабилизации психического заболевания.

В результате изучения больных контрольной группы с неосложненной каннабисной наркоманией можно было бы заключить, что конопля может быть относительно безвредной в умеренных дозах для лиц без предшествовавшей психопатологии. Однако это будет неверно. Использование конопли представляет значительный риск для лиц, предрасположенных к развитию психического расстройства. Следует отметить, что пациенты с психопатологией, «ускоренной» приемом конопли, представляют небольшую часть тех, кто поступил в психиатрическую больницу. Симптоматическое разнообразие, встречающееся у этих больных, существенно, их распознавание — сложно. Большинство случаев будет пропущено при отсутствии у врача настороженности в отношении симптомов, которые он может ожидать, и не станет целенаправленно расспрашивать об употреблении конопли.

Следует помнить, что хотя принято считать, что интоксикационный психоз, связанный с употреблением конопли, имеет относительно хороший прогноз, шизофрения, мобилизованная или отягченная потреблением конопли, благоприятного прогноза не имеет. Наши наблюдения позволили прийти к выводу, что потребление конопли не только приводит к рецидиву шизофрении, но и влияет на тяжесть шизофренических симптомов. У больных параноидной шизофренией, которые употребляли коноплю в период наблюдения, отмечалась более

выраженная бредовая и галлюцинаторная симптоматика, большей активности, чем у больных, которые коноплю не употребляли. Наркотическая интоксикация гасила остроту симптоматики лишь на непродолжительное время, а именно ровно на столько, сколько длилось опьянение. В группе, где употреблялась конопля, наблюдалось более высокое число поступлений в стационар за тот же период. Потребление конопли оказывало влияние на течение шизофрении в большей степени, чем другие факторы, имеющие отношение к болезни (возраст, стадия заболевания, поддерживающее лечение). Нами отмечено, что конопля препятствует более четкому выявлению психотических состояний. Исследование показало, что большинство больных основной группы употребляли каннабис в попытке устранить ментизм, тревогу, мучительные переживания раздвоенности. Каннабис употреблялся без какого-либо ритма, отсутствовало повышение доз, признаки физической зависимости. Наиболее интенсивное потребление отмечено в инициальном периоде шизофренического процесса. В отличие от больных неосложненной каннабисной наркоманией, больные шизофренией употребляли коноплю, ни с чем ее не сочетая. Отмечена не только «терапевтическая» мотивация потребления, но и терапевтическая «ценность» наркотического опьянения, гасившего остроту психосимптоматики. Дерезализация и деперсонализация отмечены нами в опьянении только у больных шизофренией. В восьми наблюдениях однократное потребление конопли привело к развитию структурно сложного психоза. Непосредственно

после прекращения употребления конопли у всех больных отмечалось ухудшение психического состояния. Каннабисная интоксикация привносит как в дебют, так и в клиническую картину последующих приступов экзогенную окраску, усложняющую дифференциальную диагностику. Экзогенный фасад отступает через 2-4 дней, обнажая характерную эндогенную симптоматику.

ГЛАВА IV

ОПИЙНАЯ НАРКОМАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Большие противоречия встречаются в литературе относительно психопатологии у опийных наркоманов. Некоторые авторы отмечают у потребителей опиатов расстройства невротического и психотического регистра (E. Glover, 1932), параноидные реакции (I. A. Meerlo, 1952, S. Rado, 1957, H. A. Rosenfeld, 1960), депрессию (H. A. Rosenfeld, 1960, J. W. Adams, 1978).

Исследователи выявляют у потребителей опиатов большой уровень депрессивности (H. E. Hill, 1960, P. R. Robins, 1974, A. Braconnier, 1975, M. Weissman, 1976, R. A. Steer, 1979, S. J. Blatt 1984). Повышенные показатели депрессии по MMPI у 270 пациентов-опиоманов отметил H. E. Hill (1960). Более высокие показатели по шкале депрессии Zung отметили у потребителей героина W. F. Wieland и S. Zola (1970). У 46% больных опиоманией S. Guse (1971) обнаружил депрессию с тревогой. Повышенные показатели по опроснику депрессии Beck у 208 бывших героиновых наркоманов определили G. De Leon с соавт. (1973). Обследовав при первичном поступлении 640 героиновых наркоманов, E. S. Senay и соавт. (1978) обнаружили высокие показатели депрессии и тре-

воги. 32 % из 106 опийных наркоманов, описанных М. М. Weissman с соавт. (1976), с клинической точки зрения находились в состоянии депрессии. Высокие уровни депрессивности обнаружены как у начинающих героиновых наркоманов, так и у злоупотребляющих длительное время (С. Е. Woody, I. Blame, 1979). Предполагается, что частично депрессивные симптомы могут быть следствием действия опиатов (А. Г. Наку, 1987, S. M. Miryn, R. E. Meyer, 1976). Злоупотребление опиатов, по мнению названных авторов приводит к повышенным ощущениям дисфории и депрессии.

Вторичную депрессию, вызванную потреблением опиатов, обнаружили E. Robins, S. Quse (1972), M. M. Weissman, (1977). Пытаясь выяснить, предшествует ли появление депрессии началу наркотизации W. Dorus, E. Senay (1980) опросили трижды с интервалом в четыре месяца 432 опиомана, находящихся на стационарном лечении, посредством CAPPS — шкалы, позволяющей определить депрессивные расстройства как в настоящем, так и в прошлом. Лица с повышенными показателями депрессии на момент опроса обнаруживали повышенные показатели депрессии и тревоги по CAPPS и в прошлом.

У большинства больных депрессивные расстройства появились до начала наркотизации, однако не исключалась и депрессивная интерпретация больными прошлого. Тесную связь опийной наркомании с депрессивными расстройствами описали M. M. Weissman и соавт. (1988). Они обнаружили, что средний уровень показателей депрессии при опийной наркомании ниже, чем среди больных эндогенной депрессии и выше, чем у здоровых.

Существование психозов, связанных с потреблением опиатов оспаривается (В. Б. Бориневич, 1964, И. Н. Пятницкая, 1975, В. С. Битенский, 1992). Утверждая, что опиомания не развивается у больных депрессией, лечащихся опиумом, В. В. Бориневич (1964) считал, что это связано с самим синдромом депрессии, а не с особой конституцией циркулярных больных. Он же отметил, что возникновение депрессивных состояний в рамках циркулярного психоза подавляет стремление к опиатам, а прекращение приема опия в этих состояниях не сопровождается абстиненцией. Автор отмечает в то же время, что как циркулярный психоз, так и шизофрения не делают больного «личностью, свободной от наркотика». В период острой вспышки, особенно при кататонической форме шизофрении, явления физической зависимости от опия выражены нерезко. Описывая клинику хронической интоксикации наркотиком, А. Н. Шотам (1962) различал хроническую опиоманию с психопатизацией личности, опийный галлюциноз и бред ревности. С другой стороны, выясняя значение некоторых хронических интоксикаций в развитии шизофренического процесса, А. А. Абаскулиев (1957), Д. Г. Наку (1974) отметили, что длительное потребление морфия, помимо явлений хронической наркоманической деградации личности, к психозам, тем более носящим характер шизофрении, никогда не приводит. Отсутствие психозов, связанных с потреблением опиатов, К. Н. Пятницкая (1975) объясняла качественной недостаточностью адренергической напряженности, особенностью путей действия этой напряженности. Автор ссылается на Schoder, Livinstein, которые также отрицали наличие психо-

зов при морфинизме. За исключением истерического демонстративного поведения психотические состояния в течении опиизма И. Н. Пятницкой (1975) отмечены не были. Отрицают наличие психотических симптомов при употреблении опиатов В. С. Битенский с соавт. (1989). Ими отмечено при передозировке опиатов лишь оглушение, переходящее в кому.

С другой стороны имеются сообщения об опийных психозах. 27 психозов, связанных с приемом героина, наблюдал W. Abruzzi (1977). Подробную историю болезни мужчины, злоупотреблявшего опиатами в течение 22 лет, приводят Т. W. Uhde, D. E. Redmond, H. D. Kleber (1988). Шесть поступлений больного в стационар были связаны с острыми галлюцинаторно-параноидными психозами, в которых развернутый бред преследования, отношения с ощущением постороннего влияния на мысли и чувства наблюдался на фоне элементарных расстройств мышления, паралогизмов, неологизмов, депрессии. В остром периоде больной прекращал прием наркотиков. Психотические эпизоды при опиомании, развившейся на фоне абстиненции, описаны И. С. Шматько (1969); у опиоманов отмечен галлюциноз. Опийные психозы, по данным Уракова (1976), развиваются на 4-6 сутки абстиненции и протекают с преобладанием делириозного, галлюцинаторного или параноидных синдромов. Астено-депрессивный синдром с ипохондрическими высказываниями с волнообразным, длительным течением описан Л. С. Ладыгиной (1981).

Для клинико-катамнестического исследования опийной наркомании нами использованы две группы больных.

Основную группу составили 34 больных опийной наркоманией, осложненной шизофренией, в возрасте от 20 до 30 лет. Как видно из рисунка 7, большинство (22 больных) поступили в возрасте от 20 до 25 лет. Длительность потребления опиатов от 1 года до 20 лет (рис. 9). Большинство (18 больных) начали употреблять опиаты в возрасте до 20 лет. 18 больных до знакомства с опиатами не употребляли никаких наркотических средств, 8 употребляли коноплю, 3 — транквилизаторы, 2 — транквилизаторы и коноплю. 8 больных до употребления опиатов имели опыт потребления конопли.

Как видно на рисунке 11, потребление опиатов связано с высокой долей диагнозов депрессии — у 12 больных основной группы наркомания осложнилась циркулярной шизофренией, у 7 — малопрогредиентной шизофренией с явлениями деперсонализации, у 9 — параноидной шизофренией, у 3 — простой психопатоподобной шизофренией, у 3 — простой апато-абулической.

Контрольную группу составили 18 больных опийной наркоманией в возрасте от 16 до 25 лет с длительностью заболевания от одного до 15 лет. Наследственная отягощенность отмечена у больных основной группы и в основном по линии отца: у 10 больных отцы страдали хроническим алкоголизмом, 4 из них перенесли алкогольные психозы, двое — рецидивирующие алкогольные психозы; в двух наблюдениях имелось отягощение наркоманией, эндогенными психозами — в семи. В контрольной группе наследственная отягощенность отмечалась в 32 %, хроническим алкоголизмом в 16% случаев, психопатией — в 5%. Как явствует из

1 2 3 4 5 6 7 8 9

Рис. 10. Распределение
тельности употреб



Рис. 11. Зав
псих

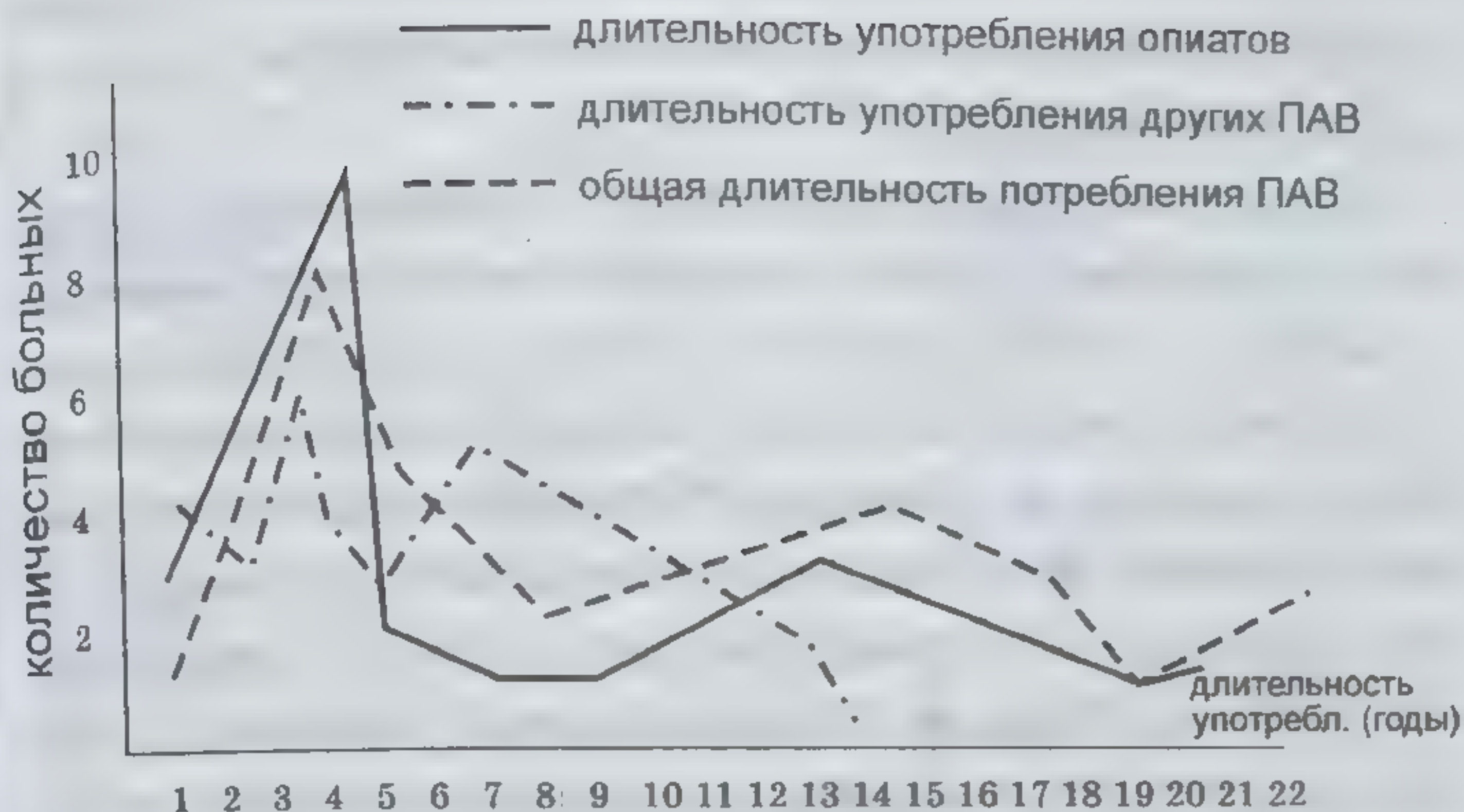


Рис. 10. Распределение больных основной группы по длительности употребления опиатов и других ПАВ.



Рис. 11. Зависимость развития опийной наркомании от психиатрического диагноза (шизофрения).

таблицы 9, из перенесенных заболеваний преобладают гепатит и ЧМТ, как в основной, так и в контрольной группе ($P > 0,05$).

Изучение преморбидных особенностей больных основной группы, страдающих опийной наркоманией, развившейся на фоне циркулярной шизофрении, показало, что большинству из них до заболевания не были свойственны расстройства настроения. Эти больные отличались от сверстников чертами психической незрелости, мечтательностью, неполным становлением влечений. Нередко у них отмечались внушаемость, наивность, восторженность. Часть больных испытывала головные боли, «пассивные суицидальные мысли» — частые размышления о смысле жизни приводили к выводу о ее бессмысленности: «жизнь не радовала, однако предпринимать что-либо не хотелось, если бы что-нибудь бы случилось, например, меня задавила бы машина и я умер, то был бы этому рад, по крайней мере, не огорчился бы».

Больные чувствовали себя одинокими, близких друзей не имели. У четырех больных имел место деликвентный эквивалент возможно гипоманиакальных состояний, когда больные, ранее ничем существенно не отличавшиеся от своих сверстников, по крайней мере, не обращавшие на себя внимания неправильным поведением, на протяжении нескольких дней-недель становились необычайно активными. Они устремлялись на улицу, быстро вступая в контакт с незнакомыми сверстниками. Будучи неразборчивыми в выборе новых знакомых, все четверо больных оказались в анти-социальных компаниях, в которых употребляли наркотические вещества. На фоне повышенного

Перенесенные заболевания		абс.
Острые	12	
Хронические	8	
Заболевания органов дыхания	7	
Сердечно-сосудистые	5	
Эндокринные	4	
Заболевания нервной системы		

настроения и ак...

ими не замечал...

тво с наркотик...

больные ничего...

Остальные бо...

тве обращали...

шизоидными че...

тью, чувствите...

самих и холодн...

С детских л...

сферы самос...

длительной ре...

впечатлений.

Начиналас...

возрасте пре...

персонализа...

стройствами

Таблица 9

Перенесенные заболевания

Перенесенные заболевания	Основная (б-ные шизофрени- ей) n = 34		Контрольная (б-ные без психо- тических рас- стройств) n = 18		P
	абс.	%	абс.	%	
ЧМТ	12	35,2	7	38,8	> 0,05
Гепатиты	8	23,5	3	16,7	> 0,05
Заболевания органов дыхания	7	20,1	6	16,7	> 0,05
Хронические инфекции	5	14,7	4	22,2	> 0,05
Эндокринопатия	4	11,8	1	5,6	> 0,05
Заболевания сердечно-сосудис- той системы	1	2,9	1	5,6	> 0,05

настроения и активности, которые самими больными не замечались, происходило первое знакомство с наркотиком. О своих первых ощущениях больные ничего не помнят.

Остальные больные основной группы в юношестве обращали внимание на себя выраженными шизоидными чертами: застенчивостью, замкнутостью, чувствительностью ко всему, касающемуся их самих и холодностью к другим людям.

С детских лет у них отмечается гипертрофия сферы самосознания, склонность к рефлексии, длительной ретенции и яркому воспроизведению впечатлений.

Начиналась болезнь исподволь. В подростковом возрасте преобладали явления невротической деперсонализации в сочетании с аффективными расстройствами, вегетативными нарушениями — дав-

ление в затылке, неуверенность походки. Исчезают прежние яркость и четкость восприятия окружающего, собственные поступки кажутся неестественными, иногда автоматическими. Больные переживают чувство собственной измененности, жалуются на «несдержанность», когда «голова не хочет, а язык говорит». У одного больного при резком повороте головы возникали неприятные ощущения «будто что-то в голове передвигалось». У других отмечалась бессонница, наплывы мыслей, остановка мышления, «обрыв» мыслей, ощущение пустоты в голове, «иногда бывало ощущение, что в голове что-то есть, но не мысли, то, что не относится к мыслям, какая-то работа мозга, но не мысли».

Среди больных основной группы знакомство с опиумом произошло у большинства (24) в возрасте — 20-25 лет (рис. 12).

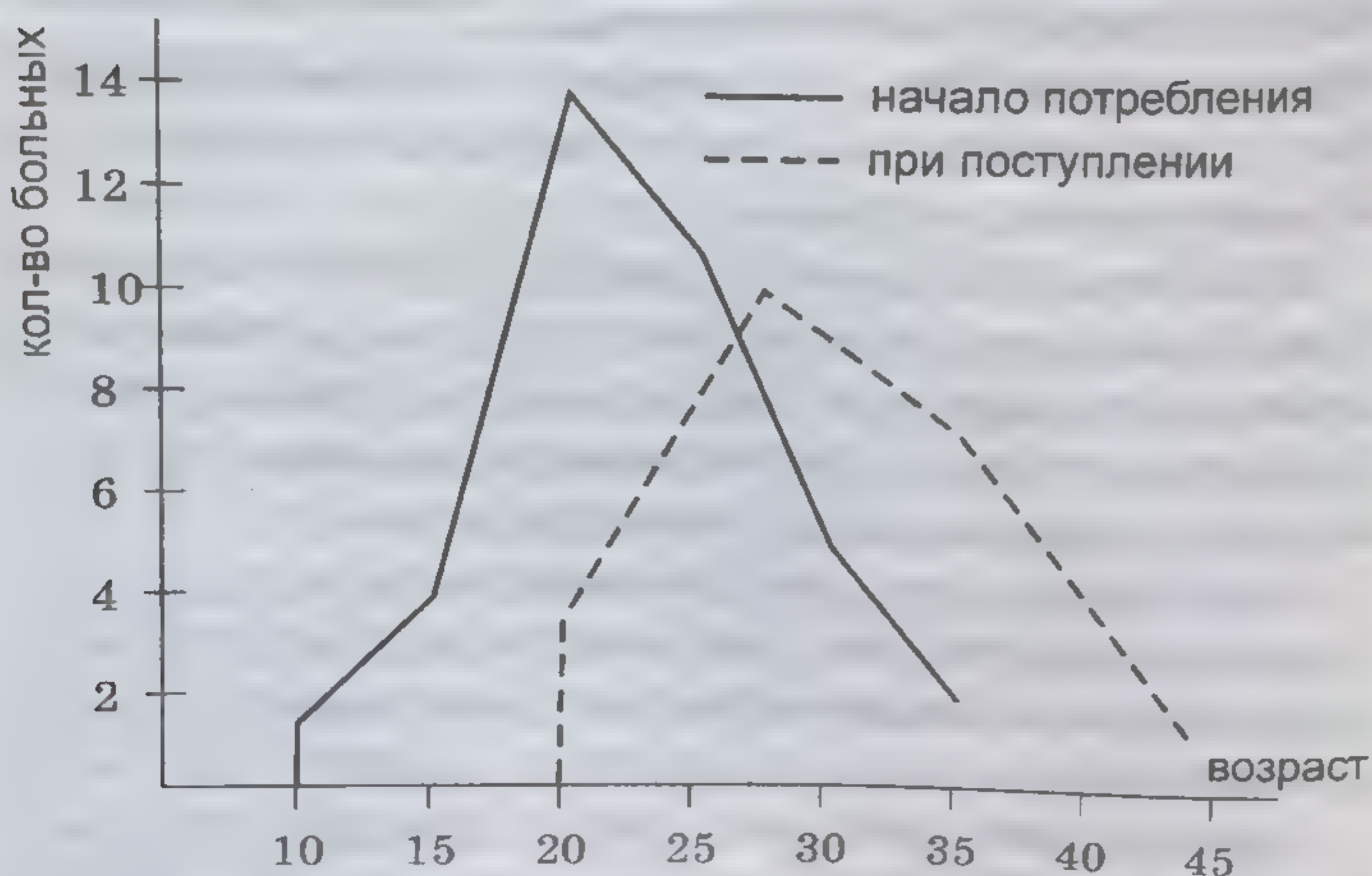


Рис. 12. Распределение больных основной группы по возрасту.

Таблица 10

Мотивация потребления опиатов больными шизофренией (основная группа) и больными без психических расстройств (контрольная группа)

ОСНОВНАЯ	КОНТРОЛЬНАЯ
Облегчение контактов	Любопытство
Изменение аффекта	Снятие напряжения
Дезактуализация галлюцинаций	Снятие психического дискомфорта
Ослабление бредовых переживаний	Снятие абстиненции
Устранение насильственности, отчуждения психических актов	Реакция протеста
	Дань моде

Как видно из таблицы 10, опиаты принимались больными шизофренией в попытке самолечения депрессии, избавления от беспокоящих расстройств восприятия, от страха редуцировать продуктивную психосимптоматику.

Ощущения, возникшие после 1-2 уколов, лишены яркости, больные либо ничего не испытывали, либо испытывали приятную волну тепла. В дальнейшем больные слабо ощущали характерный зуд. Трое больных лишь после пятого или седьмого укола испытывали повышенное настроение, «скачку» идей: «мысли текли быстро, короткие, но цельные», «все мысли вписывались в одну строку», «был доволен своими мыслями», и «если обрывалась одна мысль, тут же появлялась другая».

Как известно, при шизофрении сумма переживаний и умозаключений больного по поводу болезни отличается нечеткостью, неопределенностью характеристик (В. М. Воловик, 1980). Проведенное исследование показало, что первое применение

наркотика вносит во ВКБ элемент новых структурированных переживаний, которые рассматриваются отныне как инструмент преобразования тягостных психических явлений: «знакомство с опиумом не случайно, я пришел туда, куда меня с необходимостью привела болезнь». Интересно, что лица, употреблявшие наркотическое вещество, в начале процесса сохраняли расплывчатость воспоминаний лишь до начала наркотизации, а затем давали четкое описание воздействия психоактивного вещества на самочувствие, эмоциональность, психическую активность. Если клиническая картина дебюта процесса включала расстройства восприятия, то больные уверенно отделяли процессуальные переживания от результатов интоксикации наркотиком. В этих случаях отношение к аутонаркотизации могло быть негативным: «это вредное и унижительное занятие», «быть наркоманом позорно», или сугубо позитивным: «мое спасение от ужасов», «благодаря наркотикам живу спокойно». Исследование ВКБ при опийной наркомании у больных шизофренией показывает, что нужно отличать феномены осознания болезни от её оценки. Во всех наблюдениях наркомании при шизофрении больные указывали на отсутствие влечения, однако такие утверждения не вполне соответствовали действительности, ибо из самоотчетов пациентов вытекало лишь преуменьшение или преувеличение влияния наркотика на систему побуждений личности. Любопытно, что уровень самооценки не зависел от степени осведомленности и фактора культуры. Так, один пациент, врач по специальности, совершенно искаженно излагал вопрос о роли опиатов и их воздействии на психику. В целом

исследование показало, что ВКБ при наркомании у больных шизофренией является результатом особого творческого процесса, воссоздающего переплетения картин болезни и осложнившей её течение наркомании. При этом процессуальные симптомы, равно как проявления интоксикации являются своеобразным строительным материалом для ВКБ. Так, в случаях переоценки компонента аутонаркотизации, больные создавали специальную установку на преувеличение ценности пристрастия, утверждали, что они не такие, как все другие люди, что их жизнь благодаря употреблению наркотиков получила «четвертое измерение», что в глазах окружающих они предстают как незаурядные личности с обогащенным внутренним миром. Другой вариант оценки наркомании наблюдался в рамках депрессивных приступов, когда больные говорили, что «противны сами себе», что под «благопристойной оболочкой таится душевная грязь». В структуре ВКВ при наркомании у больных шизофренией наблюдались ситуации, когда массивные психотические нарушения получали менее значимую личностную оценку, нежели периоды эпизодического употребления наркотиков. Больные полагали, что «их порок виден всем и состоит в подверженности самовозбуждению или саморасслаблению», а также «в бегстве, в беспомощности». Самоописания психической жизни больные шизофренией, потребляющие наркотики, обычно включали переживания отнятия мыслей, остановки мышления, вкладывания идей, появления параллельных суждений, «растекания мыслей». Более яркими были описания деперсонализационных расстройств. Создается впечатление, что в случаях процесса,

осложненного приемом наркотиков, ассоциативные и деперсонализационные расстройства субъективно переживаются более тяжело по сравнению с неосложненной шизофренией. Остается открытым вопрос — насколько описанный феномен связан с осложняющей течение болезни ауто-наркотизацией, так как наши наблюдения показывают, что к наркотикам прибегают больные с наиболее тягостными расстройствами мышления и самосознания.

Особого внимания в самоописаниях больных шизофренией заслуживают сведения, характеризующие наркотическое опьянение и его «терапевтическую ценность». Оказалось, что эти картины значительно отличались от типичных состояний наркотических интоксикаций. Так, при потреблении опиатов вегетативный аккомпанемент был слабым, а вместо типичной заторможенности мышления возникало ощущение особой образности интеллектуальных операций, необузданное нагромождение мыслей вплоть до их видения (табл. 11).

В других случаях мысли становились более логичными, улучшалась ориентация в окружающем, появлялось чувство надежды, облегчалась профессиональная деятельность, возникало чувство любви к окружающим. Сходные феномены наблюдались у больных шизофренией, злоупотребляющих промедолом: «тяга к общению», «появление доверчивости к человеку», «исчезновение застойности». Представляются важными эффекты опиатов, связанные с освобождением от тягостной тоски, «ужасов преследования» и других бредовых переживаний.

Дифференци-
опиатами у боДифференци-
альные
критерии

Сознание

Настроение

Мышление

Моторика

Восприятие

Один па
легкость, «
«мог управ
были одер
шими, заст
опьянении
жить свои
себя в опи
«склоннос
«внутренн
направлен
внутренни

Таблица 11

**Дифференциальная диагностика опьянения
опиатами у больных шизофренией и у больных без
психических расстройств**

Дифференци- альные критерии	Основная группа	Контрольная группа
Сознание	ясное	визуализация пред- ставлений, грезоподоб- ное состояние, при передозир. оглушение
Настроение	общительность, снижение уровня тревожности, повыше- ние самооценки	эйфория, экстаз, повышенное настрое- ние
Мышление	смягчение аутизма, исчезновение психи- ческих автоматизмов, ослабление бредовых переживаний	заторможенное, неоло- гизмы
Моторика	оживление, активность гиперестезия иллюзии,	бедность жестов, мимики, движений
Восприятие	грезоподобные фантазии	

Один пациент в опийном опьянении чувствовал легкость, «расслабление мыслительного потока», «мог управлять мыслями», которые без опиатов были одеревенелыми, окостенелыми, «пришедшими, застывшими, как монумент». В опийном опьянении было ощущение, что можно «разложить свои мысли». Другой пациент описывал у себя в опийном опьянении чувство успокоенности, «склонность к индивидуальному размышлению», «внутреннему анализу». «самокопанию», «целенаправленное фантазирование», «погружение во внутренний мир», «опиаты затушевывали чувство,

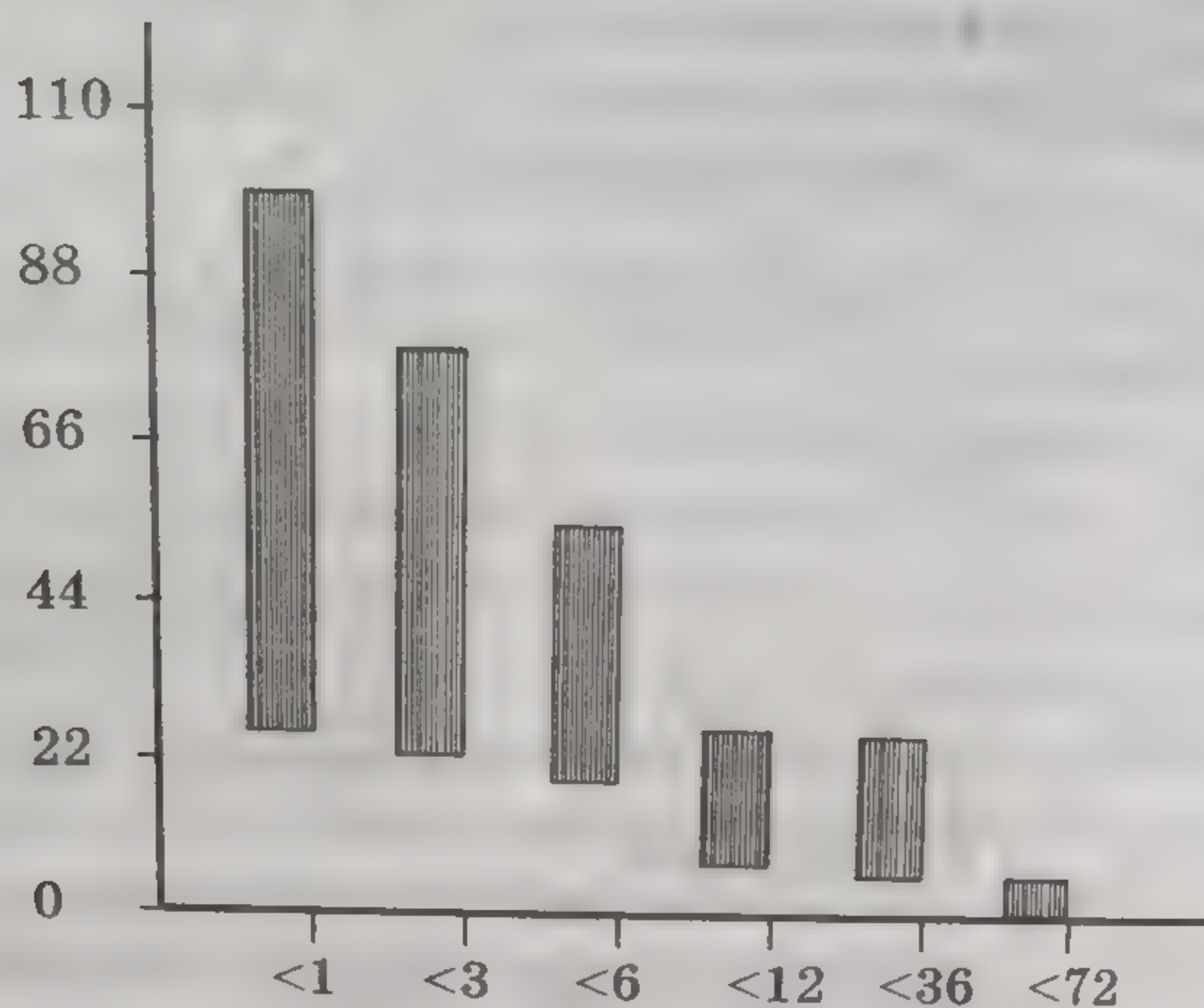


Рис. 13. Ремиссии у больных опийной наркоманией.

что отрываю по куску от себя», «опиаты открыли окно в мир, если заслужил, откроется и дверь».

Течение опийной наркомании у больных шизофренией своеобразно. Часты спонтанные ремиссии (табл. 12). При сравнении частоты ремиссий у больных контрольной и основной группы мы установили, что в основной группе частота ремиссий до месяца достоверно выше, чем в контрольной группе ($P < 0,01$; $P < 0,05$). Частота ремиссий до 6 месяцев, года и трех лет в обеих группах статистически одинакова ($P > 0,05$) и только до 6 лет частота ремиссий в основной группе достоверно выше, чем в контрольной ($P > 0,05$) (рис. 13).

Частота ремиссий у больных		Основная группа	
Время ремиссии	абс.	абс.	абс.
до 1 мес	23		
до 3 мес	18		
до 6 мес	11		
до 1 года	8		
до 3 лет	7		
до 6 лет	3		

Обращает на с...
нимаемых доз, к...
харство. При выну...
ница) не наблюда...
зической зависимо...
минимально выр...
ности соматовеге...
понентов, несме...
наркотиков. В н...
тревожная реп...
уверенность в...
безысходности...
вплоть до суици...
изучаемых бо...
синдрома лич...
лее поражите...
группы отмеч...
недель «лом...
рвотой, дис...

Таблица 12

Частота ремиссий у больных опийной наркоманией

Всего больных	Основная группа 34		Контрольная группа 18		Р
	абс.	%	абс.	%	
Ремиссии					
до 1 мес	23	67,6	5	27,8	$< 0,01$
до 3 мес	18	52,9	4	22,2	$< 0,05$
до 6 мес	11	32,3	3	16,7	$> 0,05$
до 1 года	8	23,5	1	5,6	$> 0,05$
до 3 лет	7	20,5	1	5,6	$> 0,05$
до 6 лет	3	8,8	0	0	$< 0,05$

Обращает на себя внимание стабильность принимаемых доз, которые рассматриваются как лекарство. При вынужденной ситуации (тюрьма, больница) не наблюдалось признаков выраженной физической зависимости. Абстинентный синдром был минимально выражен, за счет малой экспрессивности соматовегетативного и неврологического компонентов, несмотря на длительное употребление наркотиков. В некоторых случаях отмечалась лишь тревожная репрессия, больные испытывали неуверенность в себе, подозрительность, чувство безысходности, наплывы тревожных мыслей, вплоть до суицидомании. Применение налоксона у изучаемых больных не приводило к появлению синдрома лишения. Приведенные данные тем более поразительны, что у больных контрольной группы отмечалась длительная, достигающая трех недель «ломка» с проливным потом, лихорадкой, рвотой, диспепсией, выкручивающими болями в

пояснице и суставах. Любопытно, что в этих случаях систематическое употребление наркотиков не превышало нескольких месяцев.

Если у больных контрольной группы каждая новая «ломка» усложнялась, отягчалась объективно и субъективно, то при наркомании у больных шизофренией каждый новый обрыв наркотизации переносился физически легче, а то и вообще незаметно, однако психическое состояние каждый раз ухудшалось. Так, у 5 больных с вялым течением шизофрении манифестация процесса произошла именно в период абстиненции, когда у больных отмечалась бессонница, отсутствие аппетита, угнетенное состояние. На этом фоне у одного больного на третьи-четвертые сутки обрыва наркотизации впервые в жизни возникли мысли вскрыть себе вены: «лежал пластом», «полностью отсутствовали какие-либо мысли», «часто видел себя со стороны, впервые почувствовал воздействие какой-то «темной силы», которая вызывала навязчивые мысли о самоубийстве, «чувствовал» эту мысль так, как будто «кто-то положил кирпич в череп».

Приводим следующее клиническое наблюдение: Больной П., 1956 года рождения, житель Григориопольского района, поступил впервые в РБД 18.03.1987, выписан 03.05.1987.

Анамнез: родился третьим по счету из троих детей, первые двое родились мертвыми. Родные по линии матери — спокойные, добродушные. Отец — вспыльчивый, раздражительный, злоупотреблял спиртными напитками. Родился в срок с небольшим весом, рос болезненным, отставал в физическом развитии, в первые годы жизни стра-

дал анемией. Рос впечатлительным, за что часто был осмеян сверстниками. Отец больного преподает музыку, больной с детства начал играть на нескольких музыкальных инструментах, учился в музыкальной школе, участвовал в художественной самодеятельности. В школу пошел с 7 лет, успевал хорошо, окончил 8 классов, Одесское мореходное училище. После окончания работал на судне барменом. По характеру был общительным, якобы любил людей, испытывал желание своими рассказами веселить их, в то же время желал «наслаждаться» одиночеством, мысленно пробежать все пройденное за день. С детства испытывал суицидальные мысли, «мучительные мысли о бессмысленности бытия». С 15 лет почувствовал свое влияние на других, его внутреннее «Я» руководило действиями других. Примерно тогда же ощутил в себе «сдвиг», начал перестраиваться внутри себя, чувствовал, что в нем живут два человека, которые уединились в одном. Когда чувствовал, что он не Женя, а другой человек, это его очень обижало. Иногда чувствовал какое-то влияние на себя, вроде бы какой-то биостимулятор поступал внутрь извне, биостимулятор просто наблюдал за ним, ни во что не вмешиваясь, однако после каждого стресса начинал направлять его действия. Служил в танковых войсках. Был женат, в настоящее время разведен, проживает вместе с родителями-пенсионерами в Григориопольском районе.

Впервые начал употреблять наркотические вещества в 18 лет, когда выкурил папиросу с марихуаной. Почувствовал легкое головокружение, легкость. Состояние опьянения понравилось, и стал курить коноплю. С 23 лет начал употреблять опи-

ты. В первые месяцы совмещал прием промедола, морфина, героина с препаратами барбитурового ряда, затем употреблял только опиаты. В поисках мака часто уезжал на Украину, подвергался нападениям со стороны местных жителей. Начальная доза опийных препаратов составила 1,0 мл, через два года возросла до 2,0. Перед поступлением в стационар имел место эксцесс, когда на протяжении нескольких дней употреблял по 3,0 мл препарата.

Соматическое состояние: атлетического телосложения. На предплечьях шрамы, следы самоповреждений, свежие следы уколов. АД 130/70 мм рт. ст., пульс 86 ударов в минуту. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот несколько вздут.

Неврологическое состояние: легкая асимметрия носогубных складок. Латеральный нистагм. В позе Ромберга легкое пошатывание, тремор пальцев вытянутых рук.

Психическое состояние: в ясном сознании. Словоохотлив, демонстративен, театрален. Во время беседы часто меняет мимику, интонацию, то говорит тихим голосом, то очень громким, от шепота переходит к скандированию. Подробно о себе рассказывает, утверждает, что помнит хорошо наводнение, которое было у него в селе, сильно испугавшись, он «вглядывался вдаль, вдруг упала звезда, а ее осколок попал в глаз, тогда же на небе показались божьи следы». В дальнейшем, будучи в училище, не раз «видел их на небе». Иногда вглядываясь в зеркало видел, что оттуда «смотрит другой». Во время беседы показывает у себя на груди родимое пятно, формой напоминающее звез-

ду: «В детстве меня повезли к знахарке и она меня маленького, крохотного укутала в черные тряпки, вынесла в широкое поле и ночью положила под открытое, усыпанное звездами небо и сказала: «Вот его звезда, она горит ярче всех. Если звезда оставит на нем след, он выживет и будет яркой личностью, если нет, то умрет». В это время звезда метнула луч, который выжег на груди у младенца маленькую звезду». Часто говорит о себе в третьем лице. Неожиданно вдруг начинает декламировать собственные стихи, отрывки из прозы. Не отрицает употребление наркотиков, но говорит, что употреблял их «как исследователь для познания своей сути». Говорит, что готов на коленях молиться и восхвалять наркотики: «это самое большое чудо, я так им благодарен, ведь только они ведут меня и помогают зреть сквозь темную завесу». Утверждает, что еще до призыва в армию испытывал тревогу, «внутреннюю суету», затем появилось неприятное чувство, что он аппарат. Тягостно переносил ощущение внутренней раздвоенности: «вначале было призрачное ощущение второго «Я», затем второе «Я» начинало говорить со мной, как ветер с листьями». Возникало ощущение, что он мертв. Благодаря опиатам происходил «взрыв, самоочищение, второе «Я» уходило — это были настоящие минуты, когда два внутренних начала совокуплялись». Говорит, что всегда был непонятным для всех, сталкивался со стеной, несмотря на то, что всегда старался раскрыться и «подать себя». Считает, что он грешен перед чем-то высоким и поэтому раздваивается, иногда переносит это «терпимо», в другой раз просто места не может найти, тратит максимум энергии, чтобы остано-

вить раздвоение, «а все уходит в трубу». Когда становилось особенно, тяжело прибегал к наркотикам, и тогда «легчало», хотя говорит, что он является для самого себя «пастором»: «хотелось бы быть высоким и чистым, не употреблять наркотиков, потому что это унижительно», но когда видел себя в разрезе — другого выхода не оставалось:» «когда внутри шла борьба, после укола чувствовал, как что-то входит в меня, как освежающий душ и мозг начинал отдыхать». Опиные препараты сразу же начал употреблять ежедневно: «я и мое второе «Я», мы оба тогда пребывали в мире ином. Марихуана водила нас возле горы, а опиаты подняли в гору. Тогда оба «Я» мирились, были в одинаковом состоянии». Состояние опийного опьянения нравилось «размноженностью чувств, возвышенностью величия, проникновенностью в таинства глубин, апогеем было соединение двух «Я». В «отходе» испытывал сухость во рту и ощущение, что «размножаясь, затем гащу себя по частям». Говорит, что тогда что-то внутри било во все колокола, «второе «Я» просило еще раз уколоться», но когда нигде ничего нельзя было достать, «чувствовал», как второе «Я» помогало воздерживаться. Когда проходило действие опиатов, появлялся страх»; в это время два «Я» разъединялись, как щупальцу спрута, чтобы каждая присоска могла еще что-то вытянуть из меня». Говорит, что знакомство с наркотиками не случайно: «меня туда вели и я пришел». Опиаты затушевывали чувство, что отрывает по кусочку от себя.

В отделении был малообщительным, с врачом беседовал неохотно: «во мне какое-то противоречие — с одной стороны люблю общество, с другой —

среди людей чувствую себя одиноким». Ночью спал достаточно, жалоб не высказывал. По наблюдениям медперсонала, никаких проявлений абстинентного синдрома выявить не удалось. Больной много времени проводил в постели, был подавлен, читал художественную литературу или что-то писал. Повышение температуры, диспепсические явления, какие-либо болевые ощущения у больного в первые дни пребывания и в последующие выявить не удалось. Во время бесед корил себя за потребление наркотиков, в то же время об их употреблении не сожалел: «Наркотики провели надо мной школу познания, а сейчас произошел застой; с их помощью я изучал и собирал себя по крупицам. А теперь мозг лихорадочно работает в поисках выхода». Охотно принимает назначенное лечение, говорит, что нужно подлечиться для самоутверждения.

Осмотр доцента кафедры психиатрии: отмечается склонность к резонерству, формальное мышление, недостаточная целенаправленность мыслительного процесса, позволяющие предположить вялотекущий процесс. В пользу шизофрении говорит мозаичность преморбидной личности, объединяющая шизоидные и истерические черты. Вместе с тем относительная сохранность, адекватное поведение, отсутствие аутизма, фрагментарность идеаторных нарушений не позволяет выставить диагноз шизофрении.

Заключение психолога: выраженное снижение памяти за счет снижения внимания, элементы паралолии, отчасти с псевдологией. Мышление резонерское, непоследовательное, нечувствительное к логическим противоречиям, эгоцентрическое.

кое. Интеллект в пределах нормы. Экспансивность и аффектация на вербальном уровне сочетаются со скованностью, неуверенностью в поведенческой, деятельной сфере, несобранностью, нецеленаправленностью. Тема наркотиков остается актуальной для сознания больного, формирует мотивы его поведения, установка на воздержание фиктивная.

Повторно поступил через 4 месяца после выписки. При выписке фон с депрессивной окраской. Говорит, что «я не я, а кто-то другой, что-то мысленное, чувствую поле вокруг себя, впечатление, что от меня отходят невидимые круги, я их чувствую внутренним зрением». Рассказал, что сразу после выписки возобновил прием опиатов и сейчас поступил для того, чтобы прекратить прием. Вновь в первые дни поступления у больного не удалось обнаружить каких-либо признаков физической зависимости от опиатов. По сравнению с первым поступлением больной был более подавленным, подозрительным. С целью вызвать у больного абстиненцию введено 2,0 мл налоксона, однако его физическое состояние изменить не удалось. Проба с налоксоном была повторена еще дважды в ближайшие сутки, по-прежнему отсутствовала какая-либо реакция.

Третье поступление было через 8 месяцев. Наркотики не употреблял, хотя возникало желание уколаться, «но второе «Я» удерживало, с тех пор, как бросил колоться, второе «Я» всегда со мной, боюсь послушаться его». Очень подавлен, говорит, что второе «Я» взяло власть в свои руки и теперь вынужден во всем подчиняться ему. Утверждает, что прекратил прием наркотиков под действием

второго «Я», и тут же второе «Я» его пересилило. Вспоминал время, когда употреблял опиаты, говорит, что тогда чувствовал себя лучше, исчезали все внутренние переживания «что-то или кто-то привел меня к наркотикам, затем вытащил меня оттуда и переставил в другую группу».

При ослаблении болезненных проявлений наступление критической оценки пережитого зависело от нозологической принадлежности основного заболевания. Отношение к угасшему бреду, галлюцинациям, навязчивости менялось по механизму вытеснения, отстранения личности от пережитого. Однако злоупотребление наркотиками всегда рассматривалось критически и нередко кататимно перерабатывалось. В самоотчетах довольно часты утверждения о «грубой распушенности» или «уступке низменным побуждениям». Подобная гиперболизация в оценке пристрастия наблюдалась в виде своеобразных ножниц: чем больше выдвигались и вытеснялись симптомы основного заболевания, тем более яркой была гиперкритичность к самоодурманиванию.

В случаях опийной наркомании у больных шизофренией картины наркотического опьянения на фоне маниакальных и гипоманиакальных состояний включали неожиданное озлобление, чувство агрессивности и ярости, сменявшиеся затем депрессивным аффектом с истериоформным поведением. Характерная гиперактивность трансформировалась в импульсивность, ускорение мышления превратилось в интеллектуальную непродуктивность, несобранность. На фоне депрессивных и субдепрессивных фаз чувство тоски не исчезало, появлялась примесь тревоги, ажитаии, ускоря-

лись речь и мышление. При ликвидации психотической вспышки депрессивные переживания с чувством первичной вины не акцентировались, в то время как по отношению к потреблению наркотиков возникала акцентированная критичность.

Проблема динамики ВКВ имеет тесное отношение к терапии наркомании у больных шизофренией. В контрольной группе психологический анализ БКБ выявляет неосознаваемую установку нежелания быть здоровым. В силу того, что пациент не обнаруживает готовности к излечению, действие медикаментов удаляется от оптимума. При осложненной наркомании у больных шизофренией большое значение имеет опыт самокупирования перцептивных, аффективных и бредовых расстройств, поэтому появляется возможность опоры на анализ картины облегчения тягостных психотических состояний, создание психологической установки на замену медикаментов и направления сохранившейся психической активности на ситуацию выздоровления. Выявление предпочтения тех или иных наркотических веществ в создании установки на терапевтическую помощь может иметь значение и для дифференциальной диагностики. Терапевтическая установка аутонаркотизации бывает столь велика, что тенденция к повышению доз отсутствует, напротив, имеется многолетняя строгая стабильность в количестве потребляемого наркотика. Соответствующие отношения наблюдаются и в рамках циркулярной шизофрении. По-видимому не вполне верно мнение В. В. Бориневича (1963) о том, что эндогенно депрессивный приступ обрывает тягу к опиатам. Использование опиатов для ослабления депрессивной деперсонализации и сни-

жения мучительного чувства вины не представля-
ет редкости. К аналогичным выводам пришли
S. I. Blatt с соавт. (1984).

Исследование показало, что опиаты принима-
лись больными шизофренией для устранения ощу-
щения воздействия на мысли, ослабления галлю-
цинаторных, бредовых и деперсонализационных
расстройств. Известна расплывчатость воспоми-
наний у больных шизофренией. Проведенное ис-
следование показало, что расплывчатость воспо-
минаний сохраняется лишь до начала наркотиза-
ции, процессуальные переживания четко
отличались от результатов интоксикации. У боль-
ных шизофренией отмечено моновалентное по-
требление наркотиков, отсутствие какого-либо рит-
ма приема. Важнейшим дифференциально-диаг-
ностическим отличием является стабильность
принимаемых больными шизофренией доз, отсут-
ствие признаков физической зависимости при вы-
нужденной ситуации лишения, а также после вве-
дения налоксона. Прекращение приема опиатов
приводило как к манифестации процесса, так и к
обострениям.

ГЛАВА V

ЭФЕДРОНОВАЯ НАРКОМАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В зарубежных исследованиях на протяжении последних десятилетий отмечается явная связь между потреблением стимуляторов ЦНС и развитием параноидных реакций. На основе проективных экспериментальных исследований I. D. Griffiths, I. Oates, D. S. Bell (1968) установили, что даже кратковременное потребление стимуляторов может индуцировать развитие острых психозов. Несмотря на то, что большинство таких психозов появлялось у лиц без видимых психотических расстройств в прошлом и эти психозы разрешались после прекращения приема стимуляторов, ряд авторов (M. Richard, B. Liskow, P. Perry, 1985) предполагали, что острые психозы являлись выражением скрытого шизофренического состояния, что с другой стороны объясняет неправильное диагностирование индуцированных психостимуляторами психотических состояний как параноидная шизофрения (D. S. Bell, 1965). Хотя психозы, вызванные приемом стимуляторов, характеризуются отрывочными бредовыми идеями и стереотипной схемой моторного поведения (I. Griffiths, 1972, D. S. Bell, 1973), их сходство с параноидной шизофренией обнаруживается в идеях отношения, воздействия, слуховых галлюцинациях на фоне ясного сознания (M. Richard, 1985). Мысль о биохими-

у Больных
на протяжении
явная связь
ЦНС и разви-
нове проектив-
ий I. D. Griffiths
или, что да-
муляторов не
психозов. Не-
таких психоз-
отических рас-
разрешали-
уляторов, рас-
Perry, 1985
влялись выра-
ого состояние
неправильно-
психостимуля-
к параноидна-
психозы, выс-
характеризуют-
стереотипно-
ffiths, 1972. О
идной шизоф-
ношения, воз-
на фоне ясны-
сль о биохимии

ческом сходстве между шизофреническим психозом и психозом, вызванны потреблением стимуляторов, возникала как в связи с клиническим сходством, так и в связи с тем, что оба психоза в результате лечения нейролептиками получали обратное развитие.

Имеются сообщения о том, что стимуляторы активируют эндогенные процессы. Так, введение небольших внутривенных доз стимуляторов ЦНС пациентам, страдающим шизофренией в активной фазе, вызывало обострение психоза, длящееся несколько часов (D. S. Janowsky, I. M. Davis, 1976). Обострение наступало у большинства больных шизофренией, подвергнутых исследованию, несмотря на регулярное использование ими антипсихотиков. Во время ремиссий потребление стимуляторов к обострению шизофрении не приводило. Ретроспективное сравнение больных шизофренией, потребляющих стимуляторы с больными, которые не пользовались ими, показало, что у потребителей стимуляторов шизофрения была диагностирована значительно раньше (W. R. Breakey, H. Goodwell, P. C. Lorenz, 1974). Эти исследования подтверждают гипотезу, что стимуляторы катализируют развитие острых психозов у больных шизофренией. Иногда же состояние больных даже улучшается после перорального или внутривенного введения низких доз психостимуляторов (С. Kornetsky, 1976). Наибольшее распространение среди психостимуляторов имеют амфетамины. Психотический эффект амфетамина описан Guttman (1936) and Sargent (1937). Существует мнение, будто бы амфетаминовые психозы встречаются очень редко, и на самом деле врачи сталкиваются

с шизофренией, чей дебют осложняется наркотизацией (С. I. Delay, P. Pichot 1954). Психозы, связанные с приемом амфетаминов, описанные Ph. Benoit (1956) с делирием и галлюцинациями, иногда тактильными микрогаллюцинациями, по мнению автора, напоминают параноидную шизофрению. Амфетаминовые психозы с тревогой, идеями отношения, слуховыми и зрительными обманами на фоне ясного сознания напоминающие параноидную шизофрению описаны Р. Н. Cornet (1957) у больных, принимавших амфетамин длительное время. Однако сходные состояния отмечены и у больных, принявших одну-единственную дозу (A. Disclafanui, K. C. W. Hall, 1981), либо потреблявшие амфетамин в течение короткого периода (G. G. Wallis с соавт., 1949; M. Herman, S. H. Nagler 1954, R. B. Carr 1954, R. Greenwood, 1957, P. H. Cornell, 1958). Более того, D. A. W. Johnson (1981) отмечает отсутствие в моче наркотика у обследуемых лиц с диагнозом амфетаминового психоза. В то время, когда стало очевидным, что «модельные психозы» отличаются от шизофренических (I. M. McDonald, J. A. Calvin, 1956, J. Pollard 1960, D. D. Jackson 1962) отмечается, что амфетаминовый психоз может оказаться неотличимым от шизофрении (P. Cornet, 1957, D. S. Bell, 1964).

Впервые центральные эффекты эфедрина — бессонницу, внутреннее беспокойство, страх, озноб описаны K. Chen и W. Schmidt (1924). Его эйфорический эффект описан P. Tenconi (1936), позже I. A. Staehelin (1941) при лечении психопатических состояний.

Существовало мнение (H. Prokop, 1969), что пристрастие к эфедринсодержащим препаратам —

редкость. По мнению F. Panse (1964), пристрастие к эфедрину развивается при его длительном употреблении. Автором описаны параноидно-галлюцинаторные, анксиозные синдромы у астматических больных, употребляющих длительное время эфедрин. Пристрастие к эфедрину описано A. Reiter (1948), Th. Spörri (1957); эфедриновый психоз с шизофреноподобной клинической картиной описан M. Groenewald (1960). В одном из наблюдений психоз, длившийся четыре недели, возник после приема 3 таблеток эфедрина по 20 раз в день. Вслед за тяжелым расстройством сна, акустической гиперестезией, возбуждением на фоне ясного сознания развился типичный галлюциноз с обонятельными и акустическими экстракампинными галлюцинациями.

Описывая шизофреноподобный психоз, длившийся несколько дней, развившийся дважды с интервалом в два года, у больной без наследственной отягощенности психическими заболеваниями на фоне хронического приема эфедринтионата в таблетках с преобладанием в клинической картине идей ревности, отношения и ущерба, псевдогаллюцинаторных расстройств, K. R. Otto, R. Nause (1980) квалифицируют его как эфедриновый. Представляя симптоматику и течение шизофреноподобного психоза с галлюцинаторно-параноидным синдромом, развившегося после хронического злоупотребления астмолитана, K. R. Otto (1930) указывает на одноформность эфедриновых психозов.

Для отечественной наркологии до недавнего времени психостимуляторы не являлись существенной проблемой. Однако в конце 70-х годов

большое распространение получила эфедринная наркомания, причем кроме эфедрина распространились изготовление и прием самодельного фенамина (эфедрон, первитин). По фармакологическому действию они являются смешанным симпатомиметиком. Действуя подобно фенамину, они вызывают в отличие от него более выраженные вегетативные нарушения. В эфедроновом опьянении (Г. Я. Лукачер с соавт. 1987) улучшается настроение, появляется многоречивость. В дальнейшем наблюдается выраженное двигательное и речевое возбуждение, однако деятельность больных носит нелепый, непродуктивный характер. При приеме значительных доз эфедрона развивается бессонница, расстройства схемы тела, иногда возникают подозрительность, параноидная настроенность, навязчивые страхи. В отдельных случаях авторами отмечены очерченные эфедроновые психозы, характеризующиеся состоянием суженного сознания, бредом отношения, преследования или ревности с вербальными иллюзиями и галлюцинациями. При изучении клиники эфедроновой наркомании психотические расстройства описаны К. Г. Найденовой (1988) как на высоте опьянения эфедронем, так и на его спаде, а также после прекращения многодневного употребления его. Картина острой интоксикации уже на этапе эпизодического приема эфедрона определялась появлением психопатологических симптомов ряда деперсонализационных и дереализационных расстройств. Появлялась неусидчивость, мышление ускорялось, теряло последовательность, отмечались персеверации. У некоторых больных на высоте эфедронового опьянения возникали идеи величия. При мно-

...наркотизация
...эффектом стра
...слуховыми га
...иллюзиями. В неко
...интерметаморфа
...Длительность с
...часов до нес
...сохранял
...При интокс
...распространенным я
...стройства маниакаль
...вплоть до скачки
...возбуждение (В
...на этом фоне воз
...персекуторного хара
...В результате мно
...возникают сложные
...эпизоды. После пр
...теризующегося бес
...фекта, гневливост
...динского-Клерамб
...собны передават
...предвидеть буду
...людей. Нередко
...псевдогаллюцин
...вать состояние
...наблюдаемых па
...кая симптомати
...гативизм в соче
...типией. Подоб
...тью до неско
...протрагирован
...Исследова
...токсикации,
...8. Заказ № 2835

годневной наркотизации развиваются острые психозы с аффектом страха, тревоги, чувственным бредом, слуховыми галлюцинациями, зрительными иллюзиями. В некоторых случаях появлялись идеи интерметаморфоза, овладения или воздействия. Длительность острой фазы психоза от нескольких часов до нескольких дней. Бредовая настроенность сохранялась в течение одной — двух недель. При интоксикации эфедром наиболее распространенным являются аффективные расстройства маниакального типа: ускорение мышления вплоть до скачки идей, умеренное психомоторное возбуждение (В. С. Битенский, 1989). Иногда на этом фоне возникают паранойяльные идеи пресекучего характера.

В результате многократного приема препарата возникают сложные эндоформные психотические эпизоды. После продромального периода, характеризующегося бессонницей, неустойчивостью аффекта, гневливостью, появляется синдром Кандинского-Клерамбо: больные чувствуют, что способны передавать на расстояние свои мысли, предвидеть будущее, управлять чувствами других людей. Нередко при этом возникают зрительные псевдогаллюцинации, которые позволяют оценивать состояние как онейроидное. У одного из наблюдаемых пациентов отмечалась кататоническая симптоматика: восковая гибкость, мутизм, негативизм в сочетании с импульсивностью, стереотипией. Подобные сложные картины длительностью до нескольких дней отнесены авторами к протрагированным психозам.

Исследовав психопатологию первитиновой интоксикации, М. А. Михайлов (1991) считает, что

характерным является маниакальный аффект и спаянный с ним дереализационный и деперсонализационный симптомокомплекс, что позволяет рассматривать первитиновую интоксикацию как модель психопатологической структуры маниакально-деперсонализационного синдрома.

Из всех больных наркоманией, обусловленной применением кустарно изготовленного эфедрона, находившихся под наблюдением Г. Я. Лукачер, Я. Б. Ласкова, Г. Д. Марсакова (1969), у 15% отмечен интоксикационный психоз. В единичных публикациях, посвященных эфедроновой наркомании, сообщается об изменениях нервной системы, развивающихся быстро, носящих выраженный и стойкий характер (Г. Я. Лукачер, Г. Д. Марсакова, 1991). В период острой наркотической интоксикации отмечаются общемозговые симптомы, признаки повышения внутричерепного давления, вегетативные расстройства (Г. Я. Лукачер с соавт. 1987). Существенным патологическим признаком является интенционный тремор. Авторы считают, что при эфедроновой наркомании происходит демиелинизация нервных волокон, что является морфологическим субстратом рассеянного энцефаломиелита, описанный и при опиомании и гашишизме (Г. Я. Лукачер, В. В. Посохов, 1976, М. Luidotti, 1985). Данные о течении эфедроновой наркомании и о ремиссиях в доступной литературе отсутствуют.

Эфедроновая наркомания изучена нами в двух группах больных, развившейся на фоне шизофрении, проведено у 39 больных. Больные были мужчины в возрасте от 15 до 25 лет. Как видно на рисунке 14, большинство больных (35) поступили в возрасте от 20 до 25 лет.

Длительность употребления эфедрона представлена на рисунке 15. Как видно из рисунка, большинство больных принимали эфедрой от 1 месяца до 5 лет. Распределение больных по характеру потребления наркотиков показало, что в основной группе лишь 10 человек не употребляли никаких наркотических средств до знакомства с эфедроном, трое употребляли раннее снотворные, затем каннабис, в дальнейшем опиаты; трое больных употребляли каннабис, 4 — снотворные, затем опиаты, 7 — опиаты, 12 — каннабис, затем опиаты. Из 29 больных, имевших опыт потребления наркотиков до эфедрона, лишь 3 сочетали прием опиатов с курением конопли, остальные употребляли ПАВ, не сочетая, их друг с другом. Большинство больных начали употреблять эфедрон после употребления каннабиса и опиатов. В дальнейшем больные употребляли только эфедрон, ни с чем его не сочетая. Большинство поступивших больных (рис. 15) имели длительность потребления эфедрона от 1 года до 3 лет (31 больной), учитывая, что 23 больных имели опыт потребления других ПАВ, общая длительность наркотизации составила от 1 года до 7 лет.

Из рисунка 15 также следует, что большинство из этих 23 больных (21) имели опыт потребления ПАВ от года до двух лет. Исследование показало, что имеется определенная связь между употреблением конкретного наркотика и психиатрическим диагнозом у обследованных больных. По нашим наблюдениям (рис. 16) употребление эфедрона коррелирует с высокой долей диагнозов параноидной шизофрении (17 больных) и низкой частотой диагнозов аффективных синдромов и, в частности, с

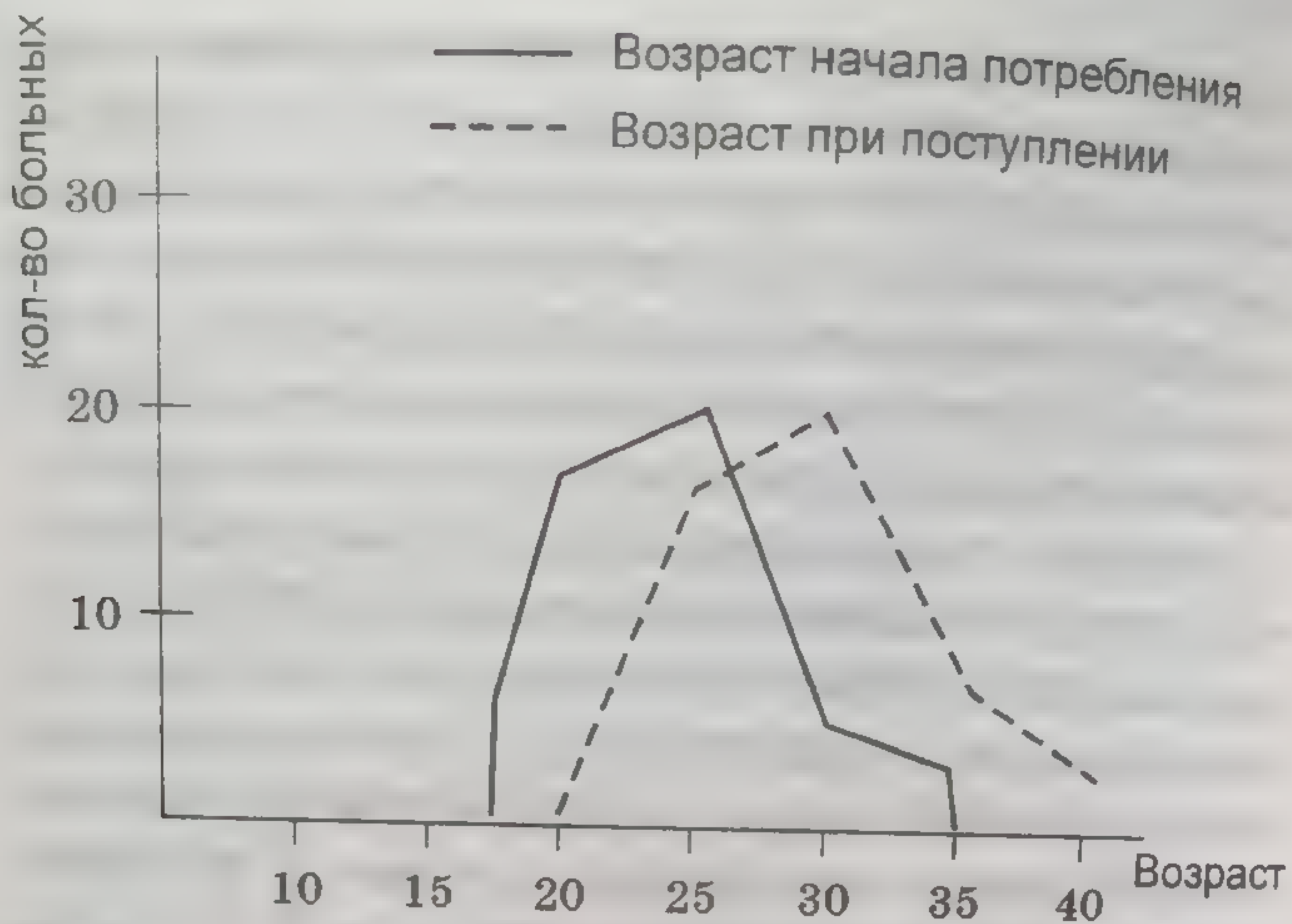


Рис. 14. Распределение больных эфедроманией, страдающих шизофренией по возрасту.

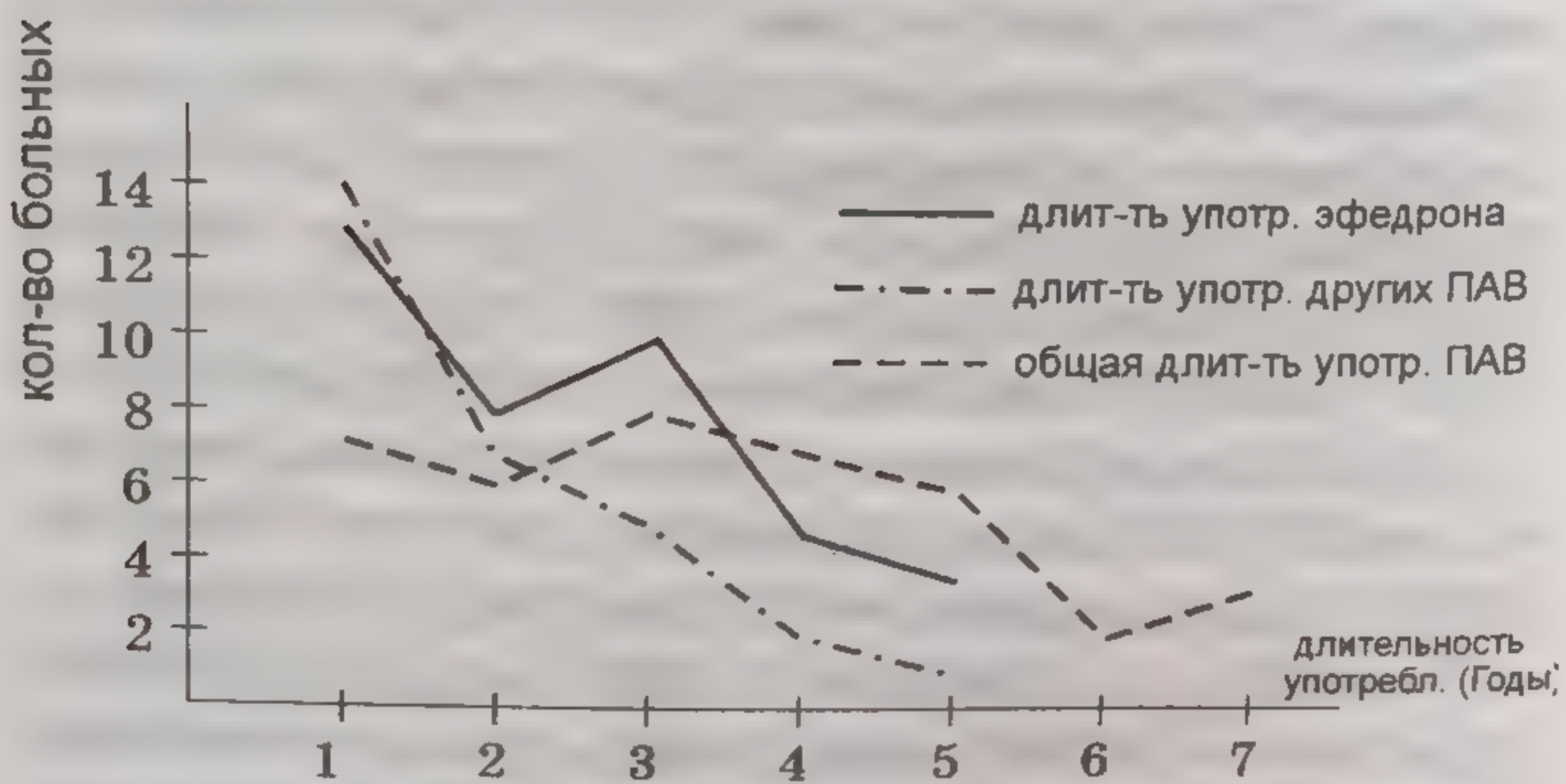


Рис. 15. Распределение больных эфедроманией, страдающих шизофренией по длительности употребления эфедрона и других ПАВ.

атипичными депрессивными состояниями (1 больной). В контрольной группе, куда вошло 15 больных эфедроновой наркоманией в возрасте от 17 до 25 лет с длительностью потребления от 1 года до 6 наследственная отягощенность выявлена в 30% случаев, в то время в основной группе в два раза чаще и составляет 65%.



Рис. 16. Зависимость развития эфедроновой наркомании от психиатрического диагноза (шизофрения).

Перенесенные заболевания

Таблица 13

Перенесенные заболевания	Основная (б-ные шизофрени- ей) n = 34		Контрольная (б-ные без психо- тических рас- стройств) n = 18		P
	абс.	%	абс.	%	
Гепатиты	11	32,4	4	20,7	> 0,05
Заболевания серд.- сосуд. системы	8	23,5	3	19,8	> 0,05
Вегето-сосуд. дистония	5	14,7	2	13,3	> 0,05
ЧМТ	20,6	3	19,8	>0,05	
Заболевания дыхательной системы	6	17,7	2	13,3	> 0,05
Эндокринопатии	6	17,7	1	6,7	> 0,05
Кож-вен. аболевания	4	11,8	1	2,9	> 0,05

В основной группе превалирует отягощенность хроническим алкоголизмом (26%) и психозами (22%), в контрольной — хроническим алкоголизмом (14%) и психопатиями (11%).

Как видно из таблицы 13, из перенесенных заболеваний как в основной, так и в контрольной группе преобладают гепатиты, заболевания сердечно-сосудистой системы. Все перенесенные заболевания в обеих группах встречаются со статистически одинаковой частотой ($P > 0,05$).

В преморбиде у всех больных основной группы отмечались шизоидные черты характера: «с детства желал одиночества, старался быть с самим собой, мысленно пробежать все пройденное за день». Ощущение внутренней изменности испы-

заболевания		
Контрольная группа (6-ные без психических расстройств) n = 18		
абс.	%	
4	20,7	
3	19,8	
2	13,3	
19,8	>0,05	
2	13,3	
1	6,7	
1	2,9	

лирует отягощенность (26%) и психозами (11%).

13, из перенесенных, так и в контрольной группе, заболевания все перенесенные встречаются со статистической значимостью ($P > 0,05$).

ных основной группы характерна: «с детства» — «арал» быть с самим собой, се пройденное исследование

ывали 19 больных, деперсонализационные расстройства отмечались у 16: «сдвиг» в себе ощутил еще в школе, «учительница чему-то учила, а мне это было ненужно, так как у меня в голове была голова», «я слушал учительницу глазами, а не ушами. Главная тема шла во мне изнутри, где два человека уединились в одном», «иногда глядя на себя в зеркало, замечал, что оттуда смотрит другой человек». У двух больных в анамнезе отмечались небольшие эпизоды в пубертатном периоде, в течение которых больные прекращали учебу, не попадая под наблюдение психиатра, после чего следовал период компенсации, когда больные учились, ничем не обращая на себя внимание. В шести наблюдениях кратковременные, длящиеся дни, иногда часы рудименты психотических проявлений (единичные иллюзорные восприятия, обманы чувств) имели тенденцию к повторению. В половине случаев возникали без всякого внешнего повода, в трех случаях «эпизоды» совпадали во времени с психогенией, в двух — с соматогенией. Иногда у больных в детском возрасте возникали мимолетные идеи самообвинения на депрессивном фоне. Больные занимались самоанализом, испытывали интерес к мистике, потусторонней жизни, занимались «запрещенной» гимнастикой, уединяясь тренировались по придуманными ими системам.

В 14-15 лет у больных появлялись эпизоды тревоги, беспокойства, «внутренний толчок, ощущение, что что-то должно произойти, испытывали «внутреннюю суету, «все происходило внутри». Иногда в этих состояниях появлялись отрывочные высказывания о своих подозрениях. Больные ощу-

Таблица 14

Мотивация потребления эфедрона больными шизофренией (основная группа) и больными без психических расстройств (контрольная группа)

ОСНОВНАЯ	КОНТРОЛЬНАЯ
Устранение ощущения насильственности идеаторных актов. Желание изменить себя	Реакция протеста Желание испытать необычные ощущения
Попытка контроля над аффектом (страха, ужаса, тревоги), самолечение депрессии	Стимулирование психической деятельности
Избавление от неприятных ощущений	Выход из фрустрации
Ослабление бредовых переживаний	Причисление себя к ложно-элитарной группе
Желание «взбодриться», «встряхнуться», «проснуться»	Попытка прекращения потребления опиатов

щали чье-то постороннее присутствие, воздействие: «что-то во мне произошло, потусторонние силы трогают душу», «кто-то копается во мне, исследует, а для чего — непонятно». Одновременно с чувством внутренней изменности у больных возникало ощущение, что они аппараты, роботы: «я боялся потерять мать, боязно было потому, что она человек, а с другой стороны не жалко, потому, что я не человек». Появлялось чувство отчуждения собственных психических актов: «внутри у меня — внутренний аппарат мышления».

Условия применения психоактивных веществ на фоне равных вариантов течения шизофрении

отличались известным своеобразием. Если больные контрольной группы потребляли эфедрон из желания испытать необычные ощущения, пытаясь «спрыгнуть» с опиатов, то у больных основной группы отмечается иная мотивация потребления (таб. 14).

На таком фоне нередко происходило первое знакомство с наркотиком «такое знакомство с наркотиками не случайно, меня туда вели, после наркотика исчезали все мои переживания». Уже «на игле» больные шизофренией ощущали терпковато-соленоватый привкус жареного муската, необычайную легкость, комфортное состояние, исчезали тягостные переживания, «появлялась любовь к окружающим», забывались все обиды, появлялась общительность, разговорчивость вплоть до монолога. У больных с деперсонализационными расстройствами после употребления эфедрона, «второе» Я «умолкало, «а если и появлялось, то эфедрон скрашивал конфликт между внешним и внутренним «Я», «как тонкий дипломат». У других больных появлялось ощущение, что «второе» Я «растворилось, исчез», или «оба «я» соединились — это были настоящие минуты». Исчезало ощущение чьего-то присутствия, вторжения, воздействия. Четверо больных впервые употребили эфедрон на фоне тревоги, чувства безысходности, страха сойти с ума: «иногда появлялись две разные мысли, из-за чего в голове был хаос, страх что голова расколется от напряжения». У этих больных «на игле» исчезали указанные переживания, появлялось ощущение прилива сил, жажда деятельности. Трое пациентов, художники по профессии, после приема эфедрона принимались за живопись: «во

время творчества продолжался диалог со вторым «Я», внутри моего мозга появлялся тенеподобный образ второго «Я, но это не вызывало, как прежде, дискомфорт». Возникало состояние «согласия и творческого единомыслия со своим вторым «Я». В дневниковых записях больных отмечено, что эфедрон оказывал «очень стимулирующее действие, посредством которого мобилизовались творческие силы, появлялось ощущение внутренней успокоенности, стабильности, уверенности в себе. Сильнее раскрывалось богатство фантазии, раскрепощалось образное мышление. Раздвоенность личности ощущалась в более мягкой форме, конфликтные внутренние ситуации практически отсутствовали». У некоторых больных в эфедроновом опьянении впервые появлялись слуховые иллюзорные обманы восприятия, иногда больные испытывали «оклики», произносимые шепотом. В отличие от больных контрольной группы у указанных больных не отмечалось выраженное психомоторное возбуждение в опьянении, повышенное настроение, состояние экстаза (табл. 15). В обеих группах терялось ощущение времени, которое текло очень быстро.

Зрительные обманы восприятия у больных основной группы выявить не удалось. Притупление эмоциональной реакции было вполне четко очерченным у четырех пациентов. При незначительном повышении (скорее выравнивании) настроения у больных отмечалась диссоциация между субъективными ощущениями и мимикой, которая чаще всего представляла гримасу печали, сожаления, умиления, сострадания, жалости.

Дифференциальное
эфедрон у больных
(контрольная группа)
(осн.)

	Конт
Сознание	при м упот возм
Настроение	повы ощу ства
Психомоторная сфера	час пси во на на см
Мышление	н н с в
Расстройства восприятия: а) зрительные б) слуховые	

Таблица 15

**Дифференциальная диагностика опьянения
эфедроном у больных без психотических расстройств
(контрольная группа) и у больных шизофренией
(основная группа).**

	Контрольная группа	Основная группа
Сознание	при многодневном употреблении возможно суженное	ясное
Настроение	повышенное, ощущение блажен- ства, экстаза	редко повышенное, амплитуда невысокая, диссоциация между настроением и мимикой. Иногда меланхолия
Психомоторная сфера	часто выраженное психомоторное возбуждение, нарушение коорди- нации движений, смазанная речь	редко, нерезковыра- женное, чаще спокой- ствие, расслаблен- ность, иногда суетли- вость
Мышление	непоследователь- ное, ускоренное, скачка идей, персе- верации	соскальзывающее, символическое, паралогическое, разноплановое, без заметного изменения темпа
Расстройства восприятия: а) зрительные б) слуховые	фотопсии, визуали- зация представле- ний, зрительные иллюзии гипераку- зия, акоазмы, оклики, истинные галлюцинации	практически отсут- ствуют редко псевдогаллюци- нации

При эфедроновой наркомании у больных шизофренией появлялась несвойственная им разговорчивость, «тяга к общению», но без того ускорения мышления, вплоть до скачки идей, как у больных контрольной группы. В двух наблюдениях в эфедроновом опьянении наблюдался депрессивный аффект с явлениями самоуничтожения, без чувства тяжести на душе, тоски, хотя нужно отметить, что депрессию нельзя рассматривать как специфический эффект действия эфедрона, чаще всего отмечалась депрессия «похмелья» или абстиненции.

В отличие от каннабисной наркомании у больных шизофренией, когда в 8 наблюдениях однократный прием конопли спровоцировал первый приступ шизофрении, однократное потребление эфедрона к манифестации процесса не приводило. Следует все же отметить, что 16 больных, госпитализированных во время первого приступа шизофрении, до госпитализации употребляли эфедрон от месяца до 7, лишь в двух случаях — больше года, что говорит как о возможно «мобилизованной» эфедронами шизофрении, так и о том, что наиболее интенсивная наркотизация отмечается в инициальном этапе процесса. В 5 наблюдениях манифестация процесса произошла после 1-2-х недельной наркотизации. Во всех пяти наблюдениях клиническая картина дебюта характеризовалась параноидным синдромом. Из 39 наблюдений до манифестации шизофрении начали употребление эфедрона 11 больных. У части этих больных впервые идеи отношения, преследования, ревности появились после прекращения приема эфедрона, однако они были нестойкими. У шести из этих

одиннадцати больных после прекращения наркотизации произошла манифестация шизофрении, приведшая к госпитализации в психиатрические отделения — двоих с диагнозом простой шизофрении, четырех — параноидной. Лишь в одном случае при первом поступлении удалось отметить употребление больным эфедрона. В группе обследуемых из 39 больных, наблюдавшихся в стационаре, лишь у одного больного психоз развился на фоне спутанного сознания и нарушения ориентации, однако помимо эфедрона больной злоупотреблял и алкоголем.

При госпитализации других семи больных основной группы употребление эфедрона ими при поступлении не было распознано, и предварительным диагнозом была параноидная шизофрения. Из этих семи наблюдений лишь трое больных употребляли эфедрон в течение 4-8 месяцев, трое — в течение дней-недель, у одного острый психоз развился после кратковременного (три дня) потребления. Таким образом, в семи наблюдениях недлительное употребление эфедрона привело к разрыванию первого шизофренического приступа у больных, у которых в дальнейшем развилась параноидная шизофрения. Клиническая картина характеризовалась параноидным синдромом. Параноидный синдром характеризовался идеями преследования, отношения, ревности, воздействия. Больные были убеждены в том, что находятся под воздействием «потусторонних», «космических» сил, «нечистой» силы, «мистических существ», «магнитных полей, реже наблюдался бред гипнотического воздействия. Адекватная самооценка своих бредовых построений полностью отсутствовала.

В тех случаях, когда больные употребляли эфедрон в активной фазе процесса, это приводило к обострению психоза, даже на фоне нейролептического лечения, однако это обострение было непродолжительным и длилось обычно несколько часов. Употребление эфедрона в ремиссии к обострению шизофрении не приводило.

Психозы, которые наблюдались в рамках несложненной наркомании, характеризовались небольшой продолжительностью, как правило разрешались через 4-8 дней после прекращения приема эфедрона, отсутствовали характерные для шизофрении расстройства мышления, нередким для них было переживание ярких зрительных галлюцинаций (табл. 16).

Как и при остальных вариантах наркомании, у больных шизофренией при эфедроновой наркомании отсутствовал какой-либо ритм потребления наркотика. Отмечались как эксцессы, так и неожиданные разрывы наркотизации, необъяснимые даже для самих больных: «что-то или кто-то привел меня к наркотикам, он же вытащил меня оттуда и переставил в другую группу, где думают». Некоторые больные отмечали, что второй «Я» вел душевспасительные беседы о вреде наркомании, заставляя прекратить употребление. Один из пациентов, прекративший прием эфедрона под воздействием второго «Я», рассказал, что на первой неделе обрыва наркотизации испытывал сильное желание возобновить прием, но «второе «Я» помогло» уговаривая не возвращаться к старому. «Второе» «Я» появлялось через несколько дней после обрыва наркотизации, заставляя «напрягать мысль», «толкало на психоанализ», «навязывало

Дифференциальные критерии	
Начало психоза	ме
Длительность психоза	от
Расстройства восприятия зрительные обманы; слуховые обманы;	от
в) психосенсорные расстройства	ч
Расстройства мышления	«
Бред	п
Расстройства сознания	д
Психические автоматизмы	с
Течение	т

Таблица 16

Дифференциальная диагностика психозов, связанных с приемом эфедрона

Дифференциальные критерии	Больные шизофренией, потребители эфедрона	Контрольная группа (без психических расстройств в преморбиде)
Начало психоза	медленное	острое
Длительность психоза	от 1 до 5 мес	от нескольких дней до 1-2 нед
Расстройства восприятия а) зрительные обманы; б) слуховые обманы; в) психосенсорные расстройства	отсутствуют частые, истинные «голоса» псевдогаллюцинации деперсонализация дереализация субъективно тяжело переживаются	яркие, пышные редкие, истинные «голоса» отсутствуют
Расстройства мышления	символическое, разноплановое, шперрунги, агглютинация, паралогическое воздействие	астеническая спутанность, реже инкогеренция
Бред	отношения, особого значения, отравления, интерметаморфоза	преследования ревности
Расстройства сознания	ясное	суженное, делирий
Психические автоматизмы	звучание собственных мыслей, ментизм, симптом открытости, кинестетический автоматизм	отсутствуют
Течение	частые рецидивы	рецидивы связаны с наркотизацией

свои ненужные мысли». По словам другого пациента, второе «Я» «не всегда было право, но всегда было сильнее», пересиливало его, таким же образом «оно принудило прекратить прием эфедрона».

Таблица 17

Частота ремиссий у больных эфедроновой наркоманией

Всего больных	Основная группа П = 39		Контрольная группа П = 15		Р
	абс.	%	абс.	%	
Ремиссии					
до 1 мес	31	79,4	16	41	< 0,01
до 3 мес	22	56,4	8	20	< 0,01
до 6 мес	13	33,3	5	12,8	= 0,05
до 1 года	6	15,3	2	5	> 0,05
до 3 лет	5	12,8	1	2,5	> 0,05
до 6 лет	4	10,2	1	2,5	< 0,05

В таблице 17 представлены ремиссии у больных, потребляющих эфедрон. У всех больных после обрыва наркотизации ухудшалось психическое состояние, и оно субъективно переживалось тяжело, особенно ассоциативные и деперсонализационные расстройства. Обрыв наркотизации говорит всегда об ухудшении психического состояния. Как указано в таблице, 58 % больных контрольной группы находятся в ремиссии до года. Ремиссии до 1 и до 3-х месяцев достоверно выше в основной группе, чем в контрольной ($P < 0,01$; $P < 0,05$). Пограничной является группа с ремиссиями до 6 месяцев ($P = 0,05$). Ремиссии в группах до 1 и

3 лет статистически одинаковы ($P > 0,05$), и ремиссии до 6 лет достоверно выше в основной группе ($P < 0,05$).

У больных неосложненной наркоманией абстинентное состояние характеризовалось выраженным синдромом вегетативных расстройств, гипертензионным синдромом, наличием синдромов, свидетельствующих о поражении пирамидной и экстрапирамидной систем, мозжечковыми нарушениями, понижением t тела и АД, аритмией, резко выраженной астенией, сонливостью, чувством разбитости. Указанная симптоматика сохранялась от 2 до 8 дней, первые дни больные спали круглосуточно, просыпаясь лишь для приема воды и пищи.

Выраженная астенция в абстиненции отличала больных контрольной группы от больных с осложненной наркоманией, которые наоборот, были неуспидчивы, суежливы, тревожны. В 16 наблюдениях отмечалась выраженная тревога с психомоторным возбуждением, мучительное чувство безысходности, отчаяния, безнадежности: «никакого просвета», ощущение, что «жизнь кончена и зря прожита», «исправить ничего нельзя», на депрессивном фоне настроения появлялись идеи самообвинения, самоуничтожения. Четверо больных пытались совершить суицидальные попытки, в одном наблюдении отмечался меланхолический раптус. Во время абстиненции больные нуждались в словесном утешении, часто подходили к медперсоналу, бичуя и ругая себя, в то же время прося «пожалеть их». Вегето-сосудистый компонент абстиненции отсутствовал, АД обычно заметно не снижалось (как в контрольной группе). Не отмечалось и случа-

ев коллаптоидных состояний (в контрольной группе отмечены обмороки, сильное головокружение, особенно при смене положения тела).

Приводим следующее наблюдение. Больной Л, 30 лет, проживающий в г. Кишиневе, поступил впервые в республиканский наркологический диспансер 28.10.88 г., выписан 28.12.88 г.

Анамнез: наследственность не отягощена. Единственный сын в семье. Мать жизнерадостная, трудолюбивая, воспитанием сына не занималась. Отец покинул семью, когда больному было два года. В детстве ничем не болел. Был легко ранимым, обидчивым, недоверчивым к людям, во время игр уединялся. В школу пошел с 7 лет, успевал хорошо. Увлекался рисованием, играл на гитаре. К восьми годам стал ощущать затруднения в контакте с одноклассниками, появилось ощущение отгороженности, скованности, отчуждения. Тогда же впервые появились наплывы мыслей. В 12 лет стал более замкнутым, стремился к одиночеству. Иногда бывал злобным, из-за пустяков избивал одноклассников. После окончания пятого класса ощущал тревогу, предчувствовал приближение какой-то катастрофы. Появился интерес к религии, философии, мистике. Через год почувствовал, что внутренне изменился, усилилось чувство отчуждения, стремление к одиночеству. Появилось ощущение своей двойственности: внешнее «Я» делало то, что требовалось — ходило на занятия, отвечало на уроках, а внутри второе «Я» жило своей жизнью. Второе «Я» предостерегало от откровения с людьми, советовало держаться подальше от них, ни перед кем не открываться. В то же время появилось ощущение чьего-то присутствия: како-

го-то непонятного, «мистического» существа, которое пыталось на него воздействовать. Так, однажды в морозную ночь заставило выехать за город. Начал заниматься самоанализом, думал о том, кто он и каково его место в жизни. Часто появлялось состояние внутреннего дискомфорта, когда его мысли и мысли второго «Я» «путались», заметил, что окружавшие по-другому стали к нему относиться. Иногда появлялись противоречивые мысли, из-за чего в голове возникал хаос, боялся, что голова расколется от напряжения, появлялась тревога, чувство безысходности, страх. В 16 лет впервые возникло опасение, что с ним происходит что-то особое, боялся сойти с ума. «Мистическое существо» вызывало наплывы мыслей. С трудом сосредотачивался, не мог довести до конца начатое дело. Не имея никаких общих интересов с одноклассниками, стал искать людей, могущих понять его. Вместе с ребятами постарше создал ВИА, однако ансамбль тут же распался из-за того, что взаимопонимания, которого хотелось больному, не было. Сильно удрученный отсутствием понимания со стороны окружающих его людей, невозможностью установления контактов с ними, он еще более утвердился в подозрении, что он отличается от других, стал испытывать тревогу и страх «сойти с ума». Будучи осведомленным о наркотиках, решил прибегнуть к ним, в надежде как-то изменить к лучшему свое внутреннее состояние. Впервые выпил две таблетки ноксирона, однако не испытал никаких ощущений. Через несколько месяцев ввел внутривенно кодеин, появилось ощущение легкости, раскрепощения мыслей. Из-за

того, что второе «Я» умолкало, появилась расположенность к беседе.

Окончив успешно 10 классов, учебу не стал продолжать, так как не смог выбрать между живописью и музыкой. Несколько месяцев работал в типографии, затем решил путешествовать по стране. Причислял себя к участникам движения «хиппи». Поступил в музучилище, но вскоре учебу оставил. В 19 лет впервые употребил гашиш, был изумлен тем, что второе «Я» исчезло. На протяжении нескольких месяцев употреблял внутривенно большие дозы седуксена, появлялось чувство успокоенности, второе «Я» умолкало, но ненадолго. Иногда курил гашиш. В 20 лет был призван в армию, служил в стройбате. В свободное время писал стихи, прозу, занимался живописью, намеревался поступить на факультет журналистики. Иногда курил гашиш, который снимал внутреннее напряжение, скованность в общении с людьми. После демобилизации вернулся домой, нигде не работал. Вместе со знакомыми из группы «хиппи» в течение месяца жил в пещере на берегу моря, почти впроголодь. Затем вновь стал «путешествовать» по стране. Будучи в чужом городе познакомился с девушкой, которая забеременела и решила оставить ребенка. Вскоре из письма узнал о рождении сына, но переписка прервалась и о дальнейшей судьбе своего ребенка ничего не знает. Часто менял места работы, нигде не удерживался, ездил по стране без определенной цели. Женившись, переехал в Кишинев. В 1983 году поступил в художественное училище, откуда был исключен после того, как его задержали в наркотическом опьянении. Примерно через год после де-

мобилизации начал употреблять промедол. После первого же приема выровнялось настроение, исчезло тягостное чувство раздвоенности, второе «Я» замолчало, «мистическое существо» не появлялось. Исчезло ощущение, что находится под чьим-то наблюдением. В последующем, на протяжении около четырех лет, употреблял синтетические опиаты. Независимо от вида препарата употреблял одну и ту же дозу — три миллилитра. Опиаты принимал хаотично, иногда бывали длительные перерывы. Со слов больного, боязнь стать наркоманом заставила его резко прекратить прием наркотиков. После прекращения приема чувствовал себя удовлетворительно, не испытывал никаких неприятных ощущений. Но через месяц его психическое состояние ухудшилось. Появилось «мистическое существо», наплывы мыслей, чувствовал отчуждение собственных мыслей, «замену» одних мыслей другими. Испытывал в голове хаос. Появилось ощущение пустоты в голове и какое-то безразличие. Ощущал безысходность, бывал злобным, импульсивным. Беспокоила бессонница. Решил возобновить прием промедола. Состояние улучшилось, исчез хаос, сумбур, явление ментизма, второе «Я», «мистическое существо».

В 1986 г. познакомился с семьей молодых людей, употреблявших эфедрон. После первого укола почувствовал необычную легкость, комфортное состояние, исчезли все тягостные переживания. Год употреблял эфедрон. Иногда, будучи под действием эфедрона, бегал в мастерскую и рисовал. Понял, что на него эфедрон действует иначе, чем на других, появлялось спокойствие и желание

работать. Определенного ритма приема эфедрона не было. Через год решил прекратить наркотизацию, так как почувствовал сильную нервозность, появилась вялость, бессонница, потерял в весе, не мог работать. Второе «Я» появилось на 3-4 день прекращения приема и с тех пор постоянно вело с ним споры, заставляло напрягать мысли, заниматься самокопанием. Чувствовал сильную усталость, бессилие, совсем не мог работать, а если и удавалось насильно заставить себя сделать что-либо, то никогда начатое не мог довести до конца, не мог сосредоточиться.

Через 5-6 месяцев перерыва возобновил прием эфедрона в тех же дозах. Вечером, возвращаясь домой, был задержан сотрудниками милиции, были обнаружены свежие следы уколов, и больной после осмотра нарколога был госпитализирован в республиканский наркологический диспансер города Кишинева.

Соматическое состояние: при поступлении: t 36,5°. Под глазами серовато-землянистого цвета отеки. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, печень выступает из-под реберного края на 1,5 см.

Неврологическое состояние: без очаговой симптоматики.

Психическое состояние: правильно ориентирован. Подавлен, говорит тихим голосом. Недоверчив, с опаской смотрит на врача, осторожно отвечает на вопросы: «эти сведения потом будут переданы в милицию?» На вопросы отвечает неохотно, односложно. При первой беседе отрицал потребление наркотических веществ, следы инъекций

объяснял тем, что вводил себе несколько раз седуксен. От лечения категорически отказывался, утверждая, что он не наркоман. В первые дни много времени проводил в постели, с недоверием относился к врачу. В дальнейшем стал немного доступнее. Сообщил, что «предпосылки для внутреннего изменения «наблюдались еще в детстве. Со второго класса был строптивым, нелюдимым. Появилось отчуждение, которое расценивалось другими как высокомерие. Говорил, что тогда появился «собственный эмоциональный настрой», больше нравилось уединение. Появилась скованность в общении с друзьями, возникла стена отчуждения из-за появления второго «Я». Почувствовал, что появление второго «Я» его как-то «засушило», стал недоверчив к людям. Начали интересоваться люди, находящееся на более низкой социальной ступени, находил в них больше духовности. К 12-ти годам появилось состояние, «когда мысли сами лезли в голову», вспоминал события прошедших дней, либо «грезил, представлял себя в другом мире». Во сне «ощущал себя со стороны». О «мистическом существе» говорил, что ощущение его присутствия появилось не сразу, вначале испытывал страх, недоумение, затем «мистическое существо» стало узнавать его мысли, что вызывало страх и безысходность: «что-то тебя преследует, а ты не можешь разобраться в его сути». Предполагает, что у всех есть свои наблюдатели, но не у всех есть способность их ощущать». Утверждал, что все его поступки определялись влиянием этой «потусторонней силы», которая проходила через стены, предметы, под ее воздействием совершал непредсказуемые поступ-

ки, бродяжничал, разбивал витрины магазинов, срывал цветы с клумб и дарил их прохожим.

Полагает, что его второе «Я» — порождение его самого, «моя личная собственность». Изредка появлялись моменты, когда одновременно ощущал присутствие «мистического существа» и второго «Я». Свое второе «Я» ощущал мысленно, «просто чувствовал свои мысли». Часто из-за споров со своим вторым «Я» появлялось состояние внутреннего дискомфорта.

Рассказывая о своем знакомстве с наркотическими веществами, часто повторяет, что он не наркоман, заявил, что наркотики употреблял «для смягчения внутреннего дискомфорта» и для того, чтобы «хоть немного встряхнуться» и устранить чужое влияние на мысли. Когда впервые в 19 лет употребил «план», почувствовал легкость в общении, в мыслях, исчезло мучительное чувство раздвоенности. На другой день при курении «плана» испытал те же ощущения, прибегнул к наркотику потому, что понравилось состояние, когда не было никаких проблем, можно было «отдохнуть от суеты», второе «Я» не беспокоило.

Под воздействием конопли появлялось желание рисовать, но из-за неспособности сосредоточиться ничего не получалось, «расширились границы творчества и фантазии», чувствовал эмоциональное возбуждение, тонкое восприятие музыки, изобразительного искусства, много рисовал, но в голове видел конечный результат, а в рисунке получалось «не то». Конопля, которую курил во время службы в армии, «прибивала», появлялись «серьезные» мысли мистического характера». Однажды во время курения заметил, что кошка,

которая находилась в комнате, приняла смешной образ, затем вдруг заметил, что у кошки появилась его голова, потом вместо кошки увидел себя. Говорил, что психическое состояние под гашишем оставалось «неустойчивым», бывало «полугаллюциногенное состояние», второе «Я» исчезало. Во время службы в армии продолжал курить коноплю, так как это уменьшало «внутренние противоречия». Рассказал, что от каннабиса усиливалась восприимчивость к внешним раздражителям, утверждает, что на настроение план влиял мало, даже тогда, когда у него, как и у других, употребляющих вместе с ним, появлялся беспричинный смех. Хотя у больного возникало ощущение свободы от внутренних противоречий, психическое состояние оставалось неустойчивым, любое услышанное в то время неприятное сообщение могло надолго расстроить, привести к длительным переживаниям, к понижению настроения на несколько дней. Иногда «под планом» ощущал чье-то «потустороннее» воздействие. Несмотря на проявление коммуникабельности, у больного возникало желание уединиться и тогда якобы сам «вызывал» свое второе «Я», во время бесед с которым в голове «возникали мистические образы», которые иногда пытался перенести на бумагу или холст. Мир тогда казался нереальным, возникало «пространство личного воображения», ощущение, что не он находится в мире, а «мир внутри него», возникал «мир его мечты». Во время беседы утверждает, что наркотики «позволили освободиться от догм, традиций, консерватизма», облегчали существование. Прекратив прием каннабиса, чаще ощущал воздействие «мистического существа», «мыслями ощущал его

дыхание». Настроение всегда было пониженным, в голове была «путаница мыслей», «каламбур», часто мысли «едва появившись, исчезали». Второе «Я» совалось со своими ненужными советами, когда и так на душе было тяжело».

Начав употребление опиатов, от первого же приема почувствовал «общее облегчение», любовь к окружающим, чувство собственного достоинства, доверчивость к окружающим, подчеркнутое уважение к ним, «исчезало чувство застойности». Мысль «приобретала образность, затем «сознание погружалось в грезы, вокруг появлялась незримая оболочка, отгораживающая от окружающего мира». Чувствовал, как под действием опиатов «стабилизировалось мышление», «мысли текли плавно, не обрываясь и не путаясь». Даже на второй день после приема опиатов ощущал «смягчение мысленных противоречий». В тех случаях, когда второе «Я» появлялось, не возникало ощущение дискомфорта, «если даже внутреннее и внешнее «Я» продолжали мыслить как бы разными мозгами, то чаще всего приходили к одному выводу». Был приятно удивлен отсутствием какой-либо ломки в периодах длительных воздержаний от опиатов. При первом потреблении эфедрона уже «на игле» почувствовал солоновато-терпкий привкус жареного муската. Появлялись сердцебиения, затем ощущение замирания сердца, легкое общее возбуждение, чувство жара во рту и в верхней части грудной клетки. Появились чувства легкости, успокоенности, ощущение «будто гора свалилась с плеч». Говорит, что почувствовал, как сразу превратился из человека, полного заботами и делами, в человека, который только что проснул-

ся после длительного, здорового сна с освеженными силами, восприятием и мыслями», «среда потеряла над ним власть», почувствовал безмятежность и умиротворение. Появилось ощущение раскрепощенности, забылись все обиды, ощутил свою необходимость кому-то, появилась расположенность к «открытому, искреннему общению». Ускорилась речь. Возникло ощущение, что «второе «Я» растворилось и исчезло», «закомплексованный мозг получил свободу». Исчезли вялость, пассивность. Стал общительным, вплоть до монолога. Говорит, что его знакомство с эфедром было не случайным. «Опиаты помогали мало», несмотря на прием опиатов, все чаще чувствовал себя одиноким, отчужденным, участились приступы усталости, когда «голова была полна (идеями, а руки не хотели работать.»

Во время беседы говорит, что находится в полной власти своего редактора: «для того, чтобы ответить на ваш вопрос, я кладу для начала свой ответ ему на стол и лишь получив его разрешение, отвечаю. Тут же говорит: «но ведь так у всех людей». Часто повторяет, что он такой же, как и все нормальные люди. Все время смотрит вниз, говорит, что, если смотрит врачу в глаза, то «ощущает его мыслями».

Находясь в отделении, был замкнутым, малообщительным, почти ни с кем не разговаривал, все время рисовал. Рисунки все исполнялись в черном цвете, мрачного содержания. Изображал обезображенных людей с отсутствующими конечностями, закрытыми глазами, уродливых, беззубых, безволосых старух с обнаженной, сморщенной и обвислой грудью и младенцем на руках.

Изображенные люди, дети были либо с закрытыми глазами, либо повернутые спиной к зрителю.

Заключение психолога: легкое, малосущественное снижение мнестических функций, внимание и работоспособность — удовлетворительны. Мышление логически адекватное, обычного темпа, достаточного уровня обобщенности. Доминирует образное, первосигнальное мышление, эмоциональное начало. Запас знаний и культурных навыков достаточный, интеллектуальные возможности в пределах хорошей нормы. В личностном плане по данным MMPI и других тестов ориентирован на «богемный» стиль жизни, не связывает себя общепринятыми нормами поведения, обнаруживает отчетливую тенденцию к реализации асоциальных влечений, не испытывает в связи с этим чувство вины и не выказывает отчетливые мотивации к преодолению этой тенденции. Аффективно ригиден тревожно-депрессивный компонент обусловлен главным образом ситуацией. Асоциальные тенденции и гетероагрессия в значительной степени компенсированы за счет сензитивности личности, ее внимания к эмоциональным нюансам, широтой эстетических и познавательных интересов. При адекватной социальной адаптации (приобретение престижной профессии, образование) возможен благоприятный прогноз.

Получил общеукрепляющее, дезинтоксикационное лечение, трифтазин, дробные дозы инсулина. Перед выпиской не обнаруживал достаточной установки на дальнейший отказ от приема наркотиков, формально соглашался с ним, в то же время говорил, что наркотики «не так уж вредны, как думают врачи».

Через четыре месяца после выписки был приглашен для беседы с лечащим врачом. Настроение было подавленным. Утверждает, что наркотические вещества после выписки не употреблял, испытывал «ностальгию по состоянию под эфедром.» Проживал в семье, нигде не работал, рисовал мало. Часто снился один и тот же сон: гора трупов, а он наверху. Испытывал ощущение, что «жизнь на пределе», появились суицидальные мысли.

Во время повторного осмотра через десять месяцев был несколько активнее, настроение ровное. Рассказал, что три месяца назад возобновил прием эфедрона, употребляет его самостоятельно, для того, «чтобы хоть немного растормозиться. По-прежнему нигде не работает, занимается дома живописью. Приведенное наблюдение служит примером формирования наркомании у больного с шизофреническим процессом. Диагноз эндогенного заболевания достаточно убедителен. В преморбиде личность с выраженными шизоидными чертами характера, метафизическая интоксикация в пубертате, переживания отчуждения, затем на фоне нарастающей беспредметной тревоги появление наплывов мыслей, аутопсихической деперсонализации удвоение «Я» и ощущение вторжения в психическую жизнь мистических сил. По мере течения болезни снижается аффективный резонанс, бледнеют побуждения.

В развитии наркотического пристрастия имеются существенные отличия от классического стереотипа.

Во-первых, речь идет о чисто «терапевтической мотивации» одурманивания.

Эйфория на высоте действия наркотика отсутствует, однако наблюдается освобождение от тягостных переживаний психического автоматизма и деперсонализации. Характерно полное отсутствие повышения дозы наркотика после первичного потребления.

При длительном потреблении наркотиков не возникает физической зависимости. После обрыва наркотизации возникал рудиментарный абстинентный синдром в виде преимущественно аффективных расстройств без соматовегетативного аккомпанемента. Заслуживает внимания, что из потребляемых различных наркотических веществ (каннабис, опиаты, эфедрон) установлена наибольшая терапевтическая эффективность эфедрона.

Исследование эфедроновой наркомании у больных шизофренией позволило обнаружить ряд особенностей. Потребление эфедрона коррелирует с параноидным и неврозоподобными синдромами шизофрении. У больных шизофренией отмечалось моновалентное употребление эфедрона, отсутствовало прогрессирующее повышение доз, отмечалась хаотичность наркотизации. В эфедроновом опьянении у больных шизофренией не отмечалось характерных состояний эйфории, экстаза, повышенного настроения, психомоторного возбуждения. Употребление эфедрона приводило к активизации латентного шизофренического процесса. Течение эфедромании у больных шизофренией характеризуется частыми и длительными спонтанными ремиссиями. Признаки физической зависимости минимально выражены, в абстиненции отмечается тревога, психомоторное возбуждение.

ГЛАВА IV

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Авторы последних монографических работ, посвященных клинике наркоманий (И. Н. Пятницкая, 1975; В. С. Битенский с соавт. 1989) откровенно признают, что наркология, только обретающая статус науки, медицинская психология, биохимия, патофизиология и генетика располагают лишь эмпирическими, отрывочными знаниями о причинах и патогенетической сущности зависимости. Так, клинически установленная возможность пристрастия к ПАВ при шизофрении известна более 100 лет (В. Х. Кандинский, 1884). Однако лишь спустя четверть века проблема приобрела [практическое звучание (Graeter, 1909). В дальнейшем проблема [сфокусировалась на вторичном алкоголизме (И. В. Павлова, 1961, С. Г. Жислин, 1965, И. В. Стрельчук, 1973). Исследование закономерностей пристрастия на фоне шизофрении осталось в стороне и рассматривалось как вариант атипичского шизофренического процесса.

В настоящей работе предпринята попытка систематического, комплексного исследования, клиники, течения и лечения наркомании у больных шизофренией. Принципиальная новизна нашего подхода к изучению проблемы заключается в использовании сравнительного моделирования па-

тологических состояний. Нами исключены из сферы исследования вопросы взаимодействия двух заболеваний на молекулярном или тканевом уровне ввиду большой сложности биохимических проблем при шизофрении и наркомании. Успехи общей теории систем и моделирования дают сегодня возможность изучить взаимодействие рассматриваемых заболеваний в ситуации естественно поставленного природой эксперимента, анализ результатов которого и обобщение данных произведены путем моделирования внутренней картины болезни (Р. А. Лурия 1926, Смирнов и Резчикова, 1983) и устойчивого патологического состояния (Е. П. Бехтерева, 1980). Удобства использования комбинации моделей заключаются в том, что отдельные психологические изменения при шизофрении и наркомании идут в противоположных направлениях. Наряду с разнонаправленными тенденциями возникают взаимно усиливающиеся сочетания. В свое время Graeter полагал, что при алкоголизме у больных шизофренией может быть интерференция или ослабление симптоматики, однако с этих позиций трудно понять появление необычайно ярких переживаний воздействия психических автоматизмов, которые не могут быть представлены как «сложение» сходной симптоматики, так как подобные переживания чужды алкогольной патологии (С. Т. Жислин, 1965). Если же исходить из идей устойчивого патологического состояния, то существенное различие в клинике классической и вторичной наркомании следует искать в соотношении исходно-защитных механизмов с патологическими, активацией патологической защиты и т. д. Использование клинических

данных в совокупности с характеристиками патопсихологического исследования дает представление об индивидуальных особенностях структуры личности, жизненных ситуациях, текущем состоянии, что закодировано в матрице устойчивого патологического состояния. Общая схема внутренней картины болезни (ВКБ) представлена нами во второй главе работы. Сравнение основных показателей ВКБ при неосложненной и вторичной наркоманиях позволяют раскрыть наиболее существенные закономерности клиники и течения. Наконец, последним по счету, но не по важности является возможность оптимизации психотерапии патологического пристрастия.

Анализ полученных данных проведен в трех группах больных, первую из которых составили носители наркотизации преимущественно седативного действия — опиаты, в третьей группе анализируется патологическое пристрастие к стимулятору — эфедрону. Промежуточное положение (вторая группа больных) представлена потребителями гашиша — наркотика из класса дизлептиков.

Исследование показало, что структура и динамика внутренней картины болезни при не осложненной наркомании и пристрастии, развившемся на фоне шизофренического процесса, значительно отличаются. Обращает на себя внимание, что при наркомании, развившейся на фоне латентного или манифестного процесса, отсутствует тенденция к поливалентному потреблению наркотиков. Исследование внутренней картины болезни в основной и контрольной группах показало, что причиной описанного явления следует считать своеобразную «терапевтическую» мотивировку по-

ребления наркотиков. При этом среди различных мотивов выделяется стремление изменить актуальное психическое состояние, выйти за пределы прежнего «Я». Сходная точка зрения высказана и Штегелин (1967). Кроме того, аутоэксперименты с ПАВ больных основной группы мотивировались желанием улучшить сосредоточение, облегчить ориентацию в окружающих событиях. Наши данные противоречат представлениям I. C. Negrete с соавт. (1986) о том, что к потреблению наркотиков склонны в основном лица с тяжело протекающей шизофренией. Согласно полученным данным, гашиш часто используют больные с вялотекущей шизофренией, к опиатам прибегают параноидные больные в рамках приступообразной шизофрении. При гебефрении и тяжелых вариантах параноидной шизофрении потребление ПАВ не наблюдалось.

Сопоставление мотивационных характеристик внутренней картины болезни в основной и контрольной группах приводит к выводу, что при наркомании, развившейся на фоне шизофренического процесса, не наблюдалось прогрессирующего повышения доз. Выбор наркотика, ритм и интенсивность потребления определялись формой шизофрении, иными словами, характеристикой активности процесса и актуальными психическими расстройствами. Приведенные данные дают основание поставить вопрос об определении места, наркомании, развившейся на фоне шизофренического процесса. Как известно, в отношении алкоголизации существует дефиниция симптоматического алкоголизма (М. Н. Шумский, 1983). Контингент больных с осложненной наркоманией

шизофрение
Согласно на
совпадающи
менее трети
нием прибе
учесть, что
рении соста
ляции (Н. М
наркомании
причислена
личенной ча
рении, такс
Пятницкая
за в этих
симптомов
ромологич
нии у боль
ниться к
ВКБ при н
нии показ
ся особое
димому, г
нии сумма
болезни
ностью х
ся типич
ления, х
рования
с легкос
на неси
ческую
эти
к

шизофренией, по-видимому, достаточно велик. Согласно нашим, пока предварительным данным, совпадающим с подсчетами М. Richard (1985), не менее трети больных шизофренией с вялым течением прибегают к длительной наркотизации. Если учесть, что малопрогредиентные формы шизофрении составляют около половины общей популяции (Н. М. Жариков, 1978), то проблематика наркомании у больных шизофренией может быть причислена к весьма актуальной. Касаясь преувеличенной частоты сочетания гашишизма и шизофрении, такой авторитетный специалист, как И. Н. Пятницкая (1973), заметила, что проблема диагноза в этих случаях — это проблема сочетания симптомов, то есть не симптоматическая, а синдромологическая. Наш опыт диагностики наркомании у больных шизофренией позволяет присоединиться к этой точке зрения. Так, сопоставление ВКБ при неосложненной и осложненной наркомании показало, что в случаях последней наблюдается особое толкование признаков болезни. По-видимому, прав В. Воловик (1960), что при шизофрении сумма переживаний и умозаключений по поводу болезни отличается нечеткостью и неопределенностью характеристик. Одновременно наблюдается типичное искажение мотивообразования и мышления, характерные сдвиги эмоционального реагирования. Любопытно, что больные основной группы с легкостью относят себя к наркоманам, несмотря на несистематичность потребления и терапевтическую аргументацию потребления ПАВ. В связи с этим, мы полагаем, что выявленные В. С. Витенским с соавт. (1989) резонерство, соскальзывание и повышенная актуализация латентных признаков в

наркотической фазе гашишного опьянения — следствие малой достоверности суждений лиц, находящихся в выраженном опьянении. Наши экспериментально-психологические исследования у больных контрольной группы не установили подобных расстройств.

Наши данные о высокой частоте использования ПАВ больными шизофренией совпадают с выводами Н. А. Федоренко (1982), С. П. Косаревой (1990), С. Stefanis (1976), M. Richard (1985), M. Ragheb (1992).

Проведенное изучение больных шизофренией, осложнившейся потреблением наркотиков, показало, что представление о высокой уязвимости психопатоподобной формы шизофрении (Н. И. Стрельцова с соавт., 1988) не соответствует действительности. На первом месте оказалась невротоподобная форма вялотекущей шизофрении с мучительными переживаниями деперсонализации, на втором — параноидная форма с непрерывным, но относительно благоприятным течением, реже наблюдалась кататоническая форма.

Вопрос о различиях в структуре и динамике наркотического опьянения при осложненной и неосложненной наркоманиях мало затронут в клинической наркологии. Между тем в практике нередко смешивают картины опьянения с острыми интоксикационными психозами. Если существенные различия будут установлены, они окажутся крайне важными для ранней диагностики патологически измененной почвы. Наши исследования показали, что такие возможности имеются. В наибольшей мере это касается эфедренового опьянения. На-

менее значимы различия при опьянении гашишем. Во второй, третьей и четвертой главах приведены разработанные нами диагностические таблицы, которые, по нашему мнению, могут быть полезным пособием для наркологов и психиатров.

Определенные различия установлены в тех частях ВКВ, которые относятся к структуре и динамике абстиненции. Последняя в наименьшей степени выражена при потреблении гашиша, значительно сильнее в случаях пристрастия к эфедрону и в максимальной степени в опийной наркомании. Главной особенностью абстиненции в основной группе была редукция вегетативного компонента синдрома лишения и значительного акцентирования психических нарушений, которые независимо от типа наркотика проявляются в тревоге, приступах страха, подозрительности вплоть до параноидной настроенности, ощущения грядущей катастрофы, снижения побуждений и расплывчатости мышления.

Следующей проблемой, вытекающей из сопоставления ВКВ осложненной и неосложненной наркомании является оценка острых и протрассированных психотических нарушений. Возможен ли структурно сложный психоз после однократного потребления наркотиков? На основании проведенного исследования мы отвечаем на этот вопрос утвердительно. Мы располагаем восемью наблюдениями подобного типа, шесть из которых связаны с потреблением конопли и два наблюдались при злоупотреблении эфедроном. Следует подчеркнуть, что во всех наблюдениях при повторных поступлениях в стационар был подтвержден диагноз шизофрении.

Не менее спорной проблемой наркологии являются принципы нозологической оценки психозов на фоне хронического потребления наркотиков. На основе проведенных исследований, кроме упомянутых уже психотических вариантов опьянений, выделены следующие разновидности психозов: спровоцированный потреблением наркотиков шизофренный психоз, первый приступ шизофрении, «мобилизованный» наркотической интоксикацией, шизофренический процесс, осложненный потреблением наркотиков, дебют шизофрении в абстинентном состоянии.

В контрольной группе мы наблюдали менее сложные в структурном отношении протрагированные депрессии, делириозные психозы и органический психосиндром с включением галлюцинационно-параноидной симптоматики. Не вдаваясь в дискуссию относительно нозологической оценки этих психозов следует все же подчеркнуть структурную простоту экзогенных психотических нарушений, их живое аффективное сопровождение с яркими расстройствами восприятия и образным бредом. Что же касается «неуправляемости мыслительного процесса» и «насильственных аффектов», то по справедливому замечанию И. Н. Пятницкой (1975), указанные явления лишь внешне напоминают психические автоматизмы эндогенной природы. Любопытно, что гашишизм у больных шизофренией практически не обогащает клинику основного процесса экзогенными элементами. В этом мы согласны с Й. Хаджиевой (1983) и расходимся с Р. Г. Илешевой и Н. Т. Измайловой (1983), Ф. Knudsen и Т. Wilmar (1984). Таблицы

дифференциальной диагностики психозов при неосложненной и осложненной наркомании приводятся в соответствующих главах.

В заключение остановимся на наиболее злободневной проблеме — терапии наркомании. Не входя в обсуждение бесспорных вопросов (техника купирования абстиненции, ликвидация последствий ученической интоксикации и др.), заметим, что сравнительное моделирование ВКБ позволяет наметить новые терапевтические подходы. Речь идет о поиске воздействий на матрицы долговременной памяти и устойчивом патологическом состоянии в целом (Н. П. Бехтерева, 1980). Далеко не случайны хорошо известные наркологам неудачи при попытках лечения наркомании. Нозогнозия у больных наркоманией носит расплывчатый и формальный характер. Истинная, терапевтически значимая нозогнозия коррелирует с умением расчленить первоначальное, диффузное осознание болезни на составные части и установить между ними определенные отношения. Подобные навыки вырабатываются в ходе психотерапевтической работы с известным трудом.

Естественная динамика психологических параметров ВКБ у больных наркоманией была использована как подкрепляющий механизм.

Сопоставление ВКБ больных показало, что при наркомании существенной причиной терапевтических неудач является рассогласование между отдельными и реальными результатами лечения, то есть постановка нереальных целей.

Терапевтические возможности у больных наркоманией и шизофренией выше, так как психиатр

ВЫВОДЫ

1. Выбор психоактивного вещества больными шизофренией зависит от формы этой болезни и ее ведущего синдрома. Наиболее уязвимым контингентом по вероятности развития наркомании являются больные простой шизофренией с невротоподобным синдромом.

2. Мотивация потребления ПАВ больными шизофренией преимущественно терапевтическая (для снижения уровня тревожности, ослабления бредовых и галлюцинаторных расстройств).

3. Обнаружены следующие особенности клинического формирования наркомании у больных шизофренией: медленное наращивание принимаемых доз, незначительный рост толерантности, слабая выраженность абстинентного синдрома за счет малой экспрессивности болевого синдрома и вегето-сосудистых и неврологических компонентов синдрома лишения.

4. У больных шизофренией в наркотическом опьянении не отмечались состояния эйфории, экстаза; имели место психосенсорные расстройства.

5. Наркотическое опьянение гасит у больных шизофренией остроту психосимптоматики, однако на выходе из опьянения усиливается имеющаяся бредовая и галлюцинаторная симптоматика. Употребление гашиша, эфедрона больными шизофре-

нией приводит к манифестации процесса или обострению.

6. Течение наркомании у больных шизофренией характеризуется частыми спонтанными ремиссиями, длительность которых больше, чем у больных с неосложненной наркоманией.

7. Для больных шизофренией характерно моновалентное потребление наркотических веществ.

One of the di
psychiatry is pro
zofrenia. 121 of
raclinico metho
ugs abaters use
are definite corre
schizophrenia wi
choices. The patie
ventical often
amphethamine),
patients with a
examination we
drug abuse by pa
validity of drug
out out of psych
With schizo
extazy states. C
the debut or r
picture of sch
elements (the
delirion) who
The using
raising of the
so as is we
neurology
diminutive.

SUMMARY

One of the disputable problems of modern psychiatry is problem of drug dependence in schizophrenia. 121 of patients were examined by clinico-paraclinico methods. The patients with schizophrenia drugs abusers used the drugs non accidentally, but were definite correlations between different forms of schizophrenia with its principal syndrome and drug choices. The patients with neurotiform schizophrenia identical often used hashish, opiates, ephedron (amphethamine), the paranoid patients-ephedron, the patients with affective disorders-opiates. In our examination we discovered «therapy» motivation of drug abuse by patients with schizophrenia, the «therapy» validity of drug intoxication (the acute intoxication is put out of psychopathology).

With schizophrenia patients didn't were afebrile and extazy states. One's use of hashish shell by provocation the debut or new attack of schizophrenia. The clinical picture of schizophrenia were compound by exogenous elements (there are: disorder of senses, hallucinations, delirium) who finished after 2-3 days.

The using of drugs was spontaneous, didn't progressive raising of the drugs, the physical dependence is weak, so as is weak the abstinence syndrome, because of the neurology and somato-vegetative components diminutive.

REZUMAT

Una din cele mai discutabile probleme ale psihiatriei contemporane este drogodependenta la bolnavii de schizofrenie. Studiul clinico-catamnestic a fost efectuat la 121 de bolnavi de schizofrenie si hasisomanie, opiomanie, efedronomanie. S-a dovedit, ca intrebuintarea drogurilor de catre bolnavii de schizofrenie nu este intimplatoare, ci exista anumite corelatii intre forma schizofrenie, sindromul de baza si drooul preferat. Asa, bolnavii cu sindromul pseudonevrotic la fel de des intrebuintau hasisul, opiaceele si efedronul (amfetaminele), bolnavii paranoizi preferau efedronul, cei cu dereqlari afective-opiaceele. Cercetarile au depistat motivatia «terapeutica» a intrebuintarii drogurilor de catre bolnavii de schizofrenie (actiunea asupra dispozitiei, automatismului psihic, delirului, dereqlarilor de perceptie); valoarea «terapeutica» a imbatarii cu droguri (intoxicatia acuta stinge acutitatea simptomelor schizofrenie). La bolnavii de schisofrenie intrebuintarea dragurilor nu aducea la aparitia starilor de euforie si extaz. Chear si o singura intrebuintare a hasisului provoca debutul ori un nou acces la bolnavii de schizofrenie. Intrebuintarea drogurilor introducea in tabloul clinic al bolnavilor elemente exogene-dereqlari de constiinta, halucinatii vizuale, care dispareau peste 2-4 zile, dezvaluind apoi simptomele caracteristice

schizofreni
un c:acter
singur dro
intrebuinta
la fel ca
expesivitat
somatoveo

schizofrenie. Droqarea bolnavilor schizofrenici purta un caracter haotic, bolnavii intrebuintau numai cite un singur drog, lipsea cresterea progresiva a dozelor intrebuintate, dependenta fizica era slab pronuntata, la fel ca si sindromul de abstinenta, din cauza expresivitatii diminuate a componentelor neurologice si somatovegetativ.

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА I	13
ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	13
1.1. Некоторые аспекты изучения личности потребления ПАВ и мотивации потребления	13
1.2. Психотические расстройства, связанные потреблением психоактивных веществ	20
1.3. Клиника и течение наркомании	30
у больных шизофренией	30
ГЛАВА II	33
МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	33
СОБСТВЕННЫЕ НАБЛЮДЕНИЯ	41
ГЛАВА III	41
КАННАБИСНАЯ НАРКОМАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	41
ГЛАВА IV	82
ОПИЙНАЯ НАРКОМАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	82
ГЛАВА V	108
ЭФЕДРОНОВАЯ НАРКОМАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	108
ГЛАВА IV	143
ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ	143
ВЫВОДЫ	153
SUMMARY	155
REZUMAT	156

ШКОЛА ЭМИЛЯ БАГИРОВА

Награждена Дипломами ОПМАСТНМиЦ и ВВЦ
«За выдающийся вклад в развитие народной
медицины России»

Лауреат национальной премии
«Золотой Водолей»

Институт психологии и космоэнергетики

Эмиля Багирова

- Исцеление любых заболеваний (кроме онкологии III-IV ст. и шизофрении)
- Обучение
- Посвящение в целительские космические каналы
- Мощная космическая защита
- Диагностика с использованием АУРА-камеры и аппарата профессора Короткова (метод ГРВ биоэлектрографии)

107066, Москва, ул. Новорязанская, д. 17, офис 316а
(ст. м. «Комсомольская»)

Тел.: (095) 304-71-07, 305-35-10, 405-42-22, 978-41-31,
755-89-55, т/ф 755-89-58

E-mail: bagirov2000@mtu-net.ru

WEB: www.bagirovemil.ru

Л. И. Фусу

**Клиника и динамика наркоманий
у больных шизофренией.**

**Подписано в печать 12.12.2002 г.
Формат 84×108/32. Тираж 3000 экз.**

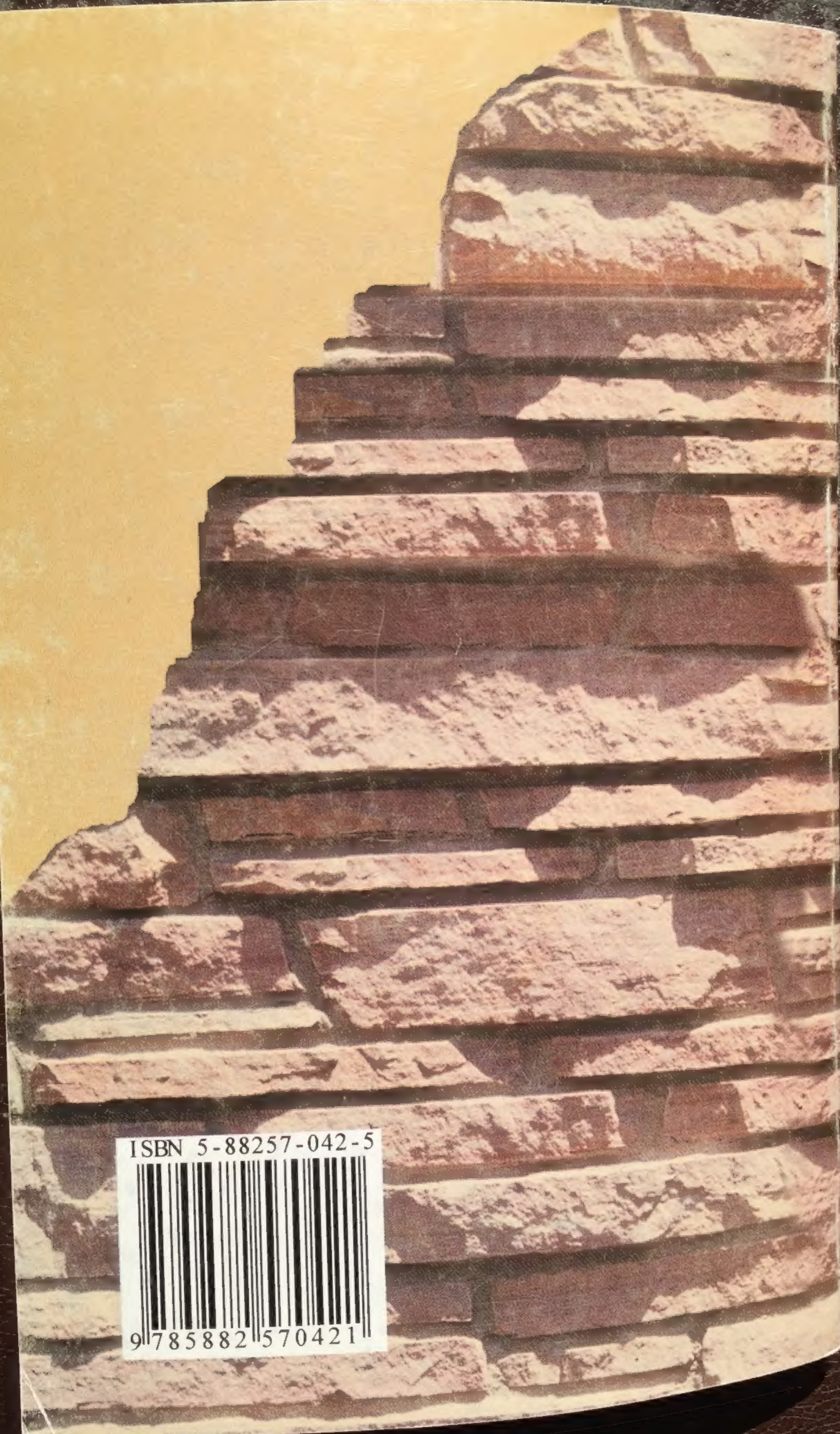
Заказ № 2835

Отпечатано в ФГУП "Издательство и типография газеты "Красная звезда"
123007, Москва, Хорошевское шоссе, д.38

1. Фусу
амика наркоманий
шизофренией.

печать 12.12.2002 г.
8/32. Тираж 3000 экз.

№ 2835
и типография газеты "Красноярская правда" г. Красноярск, д. 18



ISBN 5-88257-042-5



9 785882 570421